

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Sociální znevýhodnění dětí a mládeže na dětském psychiatrickém oddělení

Social disadvantage of children and the young at the Department of Child and
Adolescent Psychiatry

Gabriela Buschtová, Bc.

Vedoucí práce:	PhDr. Zbyněk Němec, Ph.D.
Studijní program:	Speciální pedagogika (N7506)
Studijní obor:	N SPPG (7506T002)
Rok odevzdání:	2020

Odevzdáním této diplomové práce na téma Sociální znevýhodnění dětí a mládeže na dětském psychiatrickém oddělení potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 17. 7. 2020

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Zbyňku Němcovi, Ph.D. za poskytnutí cenných rad, vstřícný přístup, ochotu a trpělivost při vedení této diplomové práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá klienty dětského psychiatrického oddělení, kteří jsou zde hospitalizováni s poruchami chování a přizpůsobení. Charakteristickým rysem těchto dětí je problémové chování a maladaptace pramenící z jejich sociálního znevýhodnění, jež má více podob. Prostředí a režim dětské psychiatrie jim nastavuje odlišná sociální měřítko a výchovné vzory, s nimiž si zvnitřňují jiné hodnotové vzorce a potřeby. Teoretická část definuje pojem sociálně znevýhodněné dítě. Dále uvádí funkci rodiny, vztahovou vazbu, výchovné styly jako základ primární socializace a jako základní kámen jejich působení ve společnosti. Praktická část je zpracována v podobě sedmi případových studií, které popisují jednotlivé klienty zařízení a jejich působení v tomto specifickém prostředí. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo dokázat u těchto dětí školního věku vliv sociálního znevýhodnění na jejich psychiku, jež se projevuje špatnými autoregulačními mechanismy, malým sebehodnocením a poruchami chování. Dalším cílem této práce bylo třeba zjistit, do jaké míry má na tyto děti dopad odlišné sociální prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sociální znevýhodnění, potřeby dítěte, dysfunkční rodina, osobnost dítěte, poruchy chování, náhradní rodinná péče, dětská psychiatrie, autorita rodiče

ABSTRACT

This diploma thesis focuses on clients of the Department of child and adolescent psychiatry who are hospitalized because of their behaviour and adaptation disorder. A significant sign of these children is their problematic behaviour and maladaptation resulting from their social handicap which has several forms. The environment of psychiatry centre adjusts different social measures and educational patterns and needs. The theoretic part describes the term of a socially disadvantaged child, moreover, it states the function of a family, relations and educational styles as a base of primal socialisation, as a headstone of their activity in society.

The practical part of the thesis describes seven case studies about individual clients of the centre and their activity in this specific environment. The main goal of the investigation was to prove that the psyche of the school aged children is influenced by their social handicap which results in their bad self-control mechanisms, low self-evaluation, and also in their behaviour disorders. Another goal of the work was to discover whether the children are influenced also by their different social environment.

KEYWORDS

social disadvantage, child's needs, dysfunctional family, personality of a child, behaviour disorders, foster family care, department of child and adolescent psychiatry, authority of a parent

Obsah

Obsah	6
Úvod.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Sociální znevýhodnění dětí a mládeže	11
1.1 Legislativa spojená se sociálním znevýhodněním.....	12
1.2 Oddělení sociálně právní ochrany dětí.....	13
1.3 Osobnost dítěte ve vztahu k sociálnímu prostředí.....	14
1.4 Obranné mechanismy sociálně znevýhodněných dětí.....	17
1.5 Poruchy chování dětí u sociálně znevýhodněných dětí	19
1.6 Diagnostika dítěte	23
2 Attachment, rodinné vazby.....	24
2.1 Funkce rodiny	26
2.2 Dysfunkce rodiny	27
2.3 Výchovné styly v rodině	28
2.4 Neúplná rodina	31
2.5 Syndrom CAN, citová deprivace	33
3 Prevence a terapie rizikových forem chování.....	36
3.1 Školská poradenská zařízení	37
3.2 Ústavní zařízení	37
3.3 Náhradní rodinná péče.....	39
3.4 Nízkoprahová zařízení, socializačně-aktivizační centra	39
3.5 Dětské psychiatrické oddělení	40
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	42
4 Vlastní výzkumné šetření.....	42
4.1 Metodologie výzkumu	43
4.1.1 Metoda sběru dat.....	43
4.1.2. Analýza získaných dat.....	45
4.2 Výběr výzkumného vzorku	46
4.3 Cíl výzkumu	48

4.3.1 Dílčí cíle výzkumu, stanovení výzkumných otázek	48
4.4 Průběh průzkumu	51
4.4.1 Rozhovor s cílovou skupinou	52
4.5 Kazuistiky	52
4.5.1 Kazuistika č. 1	52
4.5.2 Kazuistika č. 2	54
4.5.3 Kazuistika č. 3	57
4.5.4 Kazuistika č. 4	58
4.5.5 Kazuistika č. 5	60
4.5.6 Kazuistika č. 6	62
4.5.7 Kazuistika č. 7	64
5 Shrnutí zjištěných výsledků	67
5.1 Diskuse	69
6 Doporučení pro další rozvoj praxe	70
Závěr	72
Seznam použitých informačních zdrojů	75
Seznam literatury	75
Legislativa	77
Internetové zdroje	77

Úvod

„Rodinu z psychologického hlediska charakterizuje zřejmě něco hlubšího a podstatnějšího, co navenek sice není tak zjevné a uchopitelné, ale co je nepochybně neméně reálné a významné“ (Matějček, 2017, s. 30).

Uvedená citace zahrnuje jistou filozofii rodinného soužití a uvádíme ji v úvodu jako výchozí myšlenku, z níž vychází veškeré životní jistoty a potřeby, kterých je nutno dosáhnout. Citovost a pocit bezpečí od rodičů a dobrá funkce rodiny udává rytmus a řád, jenž nastartuje budoucí život dítěte a díky snaze být vzájemnými přáteli a důvěrníky i kladné sebepojetí a originalitu v člověku. Nikdy se nepřestaneme ptát, jakou roli v ní sehrává každý člen rodiny, ale je jisté, že díky kladným podnětům, empatii a jistým stabilním poutům v rodině se dítě lépe socializuje ve škole a společnosti. Z profesionálního hlediska je důležité vymezit podstatu rodiny jako instituci, kde jsou její členové aspoň minimálně respektováni, navzájem si důvěřují a snaží se společně řešit problémy. Přístupnost a otevřenost sice posílí vazby v rodinném soužití, ale variabilita emocí a překážky, které výchova přináší, mnohdy zažene lidi do kouta, citových kliček a nejistot. Není jednoduché odolávat tlakům, které rodinu narušují, a vůle ani svědomí mnohdy nestačí k řešení konfliktních situací.

Adaptace a komunikace jsou hlavními činiteli, pokud sdílíme společnou domácnost a jsme součástí určitého kolektivu, třeba ve škole.

Rodina je bezesporu prvním článkem v řetězci lidských potřeb a přání a jako taková stojí za zmínku, ať už pracujeme v jakémkoli oboru. Zmiňujeme ji v úvodu této práce, protože se na ni nabaluje jakýkoli sociální aspekt a při komunikaci s rodinou lépe pochopíme jisté souvislosti, které nás mohou blíže uvést do problematiky dětí sociálně znevýhodněných.

Člověk nemůže být dokonalý odborník v tak složitém sociálním systému. Přestože pedagog, sociální pracovník nebo psycholog udělají maximum pro srozumitelnou komunikaci a lépe objasní vnitřní potřeby rodiny, bude společnost stále atakovat a vyzývat k sociálním normám, které bez osobních zvnitřnění zúčastněných nebudou pro některé nikdy tak lehce dosažitelné.

Při psaní práce se proto zaměříme v první řadě na děti z dysfunkčních neúplných rodin, jež citově strádají nebo jsou u nich nastaveny špatné výchovné vzorce a chybí jim ve výchově

přirozená autorita. Zároveň se budeme věnovat dětem z náhradní rodinné péče a ústavních zařízení, jejichž společným činitelem je problematické sociální začlenění, špatné adaptační mechanismy a sklony k sociálně-patologickým projevům.

Diplomová práce se zabývá fenoménem sociálního znevýhodnění, který může mít dopad na psychiku dětí a mládeže, což vede k hospitalizaci na dětském psychiatrickém oddělení. Práce přibližuje charakteristiku dětí školního věku, které trpí poruchami chování a přizpůsobení a které jsou více zranitelné v sociální interakci. V teoretické části je pomocí odborných zdrojů popsána základní definice sociálního znevýhodnění, legislativa a potažmo základní poznatky o dětské psychologii, funkci rodiny a špatných rodinných vazbách, které predikují slabé socializační procesy a rizikové formy chování dětí v širším kontextu.

V empirické části se zaměříme na kvalitativní metodu sběru dat, analýzu spisové dokumentace o sedmi vybraných klientech dětské psychiatrie ve věkovém rozmezí 11 – 17 let, kteří mají diagnózu poruchy chování a přizpůsobení. Uvedeme důvody jejich hospitalizace a popíšeme, jak probíhá jejich adaptace ve specifickém sociálním prostředí a pod vlivem odlišných výchovných autorit a výchovných vzorců. Popíšeme, jaký vliv má sociální znevýhodnění na jejich problémové chování a jaký dopad mají intervenční snahy na jejich sebehodnocení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Vývoj dětské psychiky má jisté zákonitosti. Rodiny zatěžují různé životní peripetie a nástrahy. Dostávají se často do konfrontace s okolní společností i se školou. Nefungující rodina musí být často pod dohledem sociálních i jiných pracovníků.

Nemůžeme ale opomínat fakt, že dětská mysl je velice křehká, tvárná, plná fantazie a zaslouží si naši pozornost. Dětství a dospívání představuje velmi citlivou část života člověka a právě v této fázi je naprosto zásadní uchopit dětskou mysl, aby to nemělo negativní následky po celý zbytek života, který může mít i kriminální charakter.

Toulky a útoky z domu nebo porušování školní docházky jsou u sociálně znevýhodněných dětí častější a kompenzují tím nejistotu postavení své role v rodině a ve vztazích, špatné rodinné zázemí. Je to jeden z úhlů pohledu. Narušené sociální interakce nejsou samovolným počinem, ale výsledkem různých okolností a nedorozumění, pramenících v rodině. Můžeme zmínit například zvýšenou míru stresu, frustraci rodičů, nebo výchovnou nezkušenost, které mají přímý dopad na prospívání dítěte (Konvičková a kol., 2008).

Školní prostředí je další místem, které může být pro dítě frustrující. Pokud se neumí dostatečně adaptovat na kolektiv a učitele, může mít více negativních zkušeností, které ho mohou ovlivnit. Rizikovější mohou být prostředí speciálních základních škol, která mají svá vzdělávací specifika, nebo ústavní péče dětí, které nemohou žít ve svých biologických rodinách.

Budování sebevědomí je podstatné a pedagog je vedle rodiče dalším člověkem, jenž má být dítěti nablízku a ku pomoci při vytváření jeho osobnosti, hledat jeho silné stránky, podporovat ho ve vývoji a zabránit jakémukoli sociálnímu vyloučení. V předchozích větách jsou zaznamenány některé sociální činitele, dle kterých si vytváříme životní postoje, zásady.

„Tyto kvality vnitřního života osobnosti, určující směr našeho rozhodování, nejsou vrozeny, ale mají svůj prvopočátek v tom, co od nás bylo zprvu někým žádáno, co někdo reprezentoval jako vzor a co jsme posléze zvnitřnili v požadavek, který klademe sami na sebe“ (Helus, 2015, s. 57).

1 Sociální znevýhodnění dětí a mládeže

K vysvětlení pojmu sociální znevýhodnění se musíme v první řadě zaměřit na rodinné prostředí dítěte a jeho osobnost. V legislativě se s pojmem žák se sociálním znevýhodněním setkáváme od roku 2004. Pokud se nad tím zamyslíme podrobněji, nelze tento pojem dostatečně zestručnit, objektivizovat. Tyto děti ve školách neprospívají, mají horší prospěch, jsou sociálně méně začlenitelné do kolektivu. Dle školského zákona je u nich nutná individuální podpora a pomoc se vzdáváním, zajištění školních pomůcek, doučování apod.

Žák se sociálním znevýhodněním je ten, který nemá vytvořeny podmínky pro úspěšné vzdělávání, jak v rodinném prostředí ze strany rodiče, vychovatele nebo proto, že v jeho blízkosti dochází k rizikovému chování. Rodinné prostředí bývá většinou nepodnětné, s nízkým sociokulturním postavením. Na základě toho byla sepsána Úmluva o právech dětí, ve které jsou zakotvena práva dětí. Z morálního a politického hlediska v péči o dítě je v Úmluvě jasně vyhrazena ochrana dětí před jakýmkoli tělesným či duševním násilím, urážením nebo zneužíváním, včetně sexuálního zneužívání, před zanedbáváním nebo trýzněním (Vaníčková, 1995).

„Úmluva o právech dítěte deklaruje pomoc státu dítěti a rodině v tíživé sociální situaci, v jejímž důsledku může dojít k zanedbávání“ (Bechyňová a kol., 2008, s. 45).

Dítě bývá častěji ohroženo rizikovými, sociálně-patologickými jevy, které mohou mít původ v nefungující rodině (závislost, násilí, zneužívání). Dále jde o jazykovou bariéru žáka cizince, azylanta nebo se může týkat dětí v nařízené ústavní výchově a uložené ochranné výchově.

V legislativě bude takový žák uveden jako žák se speciálními vzdělávacími potřebami, který bude potřebovat individuální podporu, individuální vzdělávací plán (Mají na to, online, cit. 2020-05-10).

1.1 Legislativa spojená se sociálním znevýhodněním

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, charakterizuje žáky se sociálním znevýhodněním jako součást skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Individuální vzdělávací plán jako vyrovnávací opatření pro žáka se sociálním znevýhodněním se opírá o § 18 zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon) a vyhláškou č. 27/2016 Sb. (Mají na to, online, cit. 2020-05-25).

Dříve se za žáka se sociálním znevýhodněním považoval zejména žák z prostředí, kde se mu nedostává potřebné podpory k řádnému průběhu vzdělávání včetně spolupráce zákonných zástupců se školou, a žák znevýhodněný nedostatečnou znalostí vyučovacího jazyka. Dnes hovoříme o žácích se speciálními vzdělávacími potřebami.

Pokud budeme vnímaví ke znění vyhlášky, tak nás napadnou další otázky, týkající se sociálního znevýhodnění dětí, které je hůře rozpoznatelné a vyžaduje komplexní pohled na problematiku. Například v běžných základních školách je nutností průběžné monitorování a vyhodnocování projevů žáků v učební situaci a v interakci s pedagogy, vrstevníky. Aktuálně žáka se sociálním znevýhodněním označujeme termínem žák s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sociálního znevýhodnění. U těchto žáků jsou patrné zátěže v sociální realitě, hůře se u nich rozpozná pravý důvod jejich selhávání. Abychom mohli problematiku takového dítěte lépe specifikovat, je důležité nejen preventivně působit, ale znát podhoubí jejich rodinného zázemí, což bývá dosti problematické (Katalog podpůrných opatření, online, cit. 2020-04-18).

V České republice je rodinám dětí ohroženým sociálním znevýhodněním nabízena pomoc ze strany školských poradenských zařízení (PPP, SPC) nebo pomoc od odborných sociálních pracovníků z oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Tomuto tématu se budeme věnovat v jiné kapitole. Člověka z praxe napadnou otázky typu, jak je situace závažná a do jaké míry bude rodič spolupracovat v případě ohrožení dítěte na vývoji. Obecní úřad obce s rozšířenou působností může rodičům uložit povinnost využít poradenskou pomoc. Široká veřejnost by měla být seznámena s oznamovací povinností v případě ohrožení dítěte ve výchově, na zdraví.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, obsažené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou nedílnou součástí souboru služeb a programů – sanace rodiny. Neméně důležitý je trestní zákon uvedený pod č. 140/2009, který zahrnuje trestní čin ohrožování výchovy mládeže nebo trestný čin zanedbání povinné výživy.

Posledním zákonem, který se váže k sociálnímu znevýhodnění je zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a představuje důležitý mezník v pomoci rodinám, kde je již dítě ohroženo ve vývoji, rodiče si neví rady s výchovou svých dětí. (Bechyňová a kol., 2008)

Oddělení kurátorských činností na Odboru sociální péče je právě jednou z institucí, v níž se sociální odborní pracovníci snaží koordinovat, směřovat jednotlivé kroky pomoci rodinám, kde je ohrožen vývoj života dítěte a kde se musí zvažovat dle hloubky problému různá výchovná a ochranná opatření.

„Sanace rodiny je soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen“ (Bechyňová a kol., 2008, s. 18).

1.2 Oddělení sociálně právní ochrany dětí

Sanace rodin zahrnuje vcelku multidisciplinární řešení, jde o složitý sociální fenomén, vyžadující úzkou spolupráci expertů z různých oborů a spolupráci rodičů, vychovatelů. Oddělení sociálně právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“) chrání práva a zájmy dětí dle § 6 z. č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí, (metodické pokyny MPSV) a je důležitým koordinátorem při práci s rodinou v celém jejím kontextu. Ve spisech jsou chronologicky seřazovány údaje o rodinách, sociální pracovníci provádějí šetření v rodinách, koordinují spolupráci rodiny i s jinými odborníky (dětská psychiatrie, nízkoprahová zařízení, sociálně-aktivizační služby atd.).

Jak už bylo řečeno, jejich cílem je nejen poskytnout poradenskou pomoc a dohled nad rodinou, ale i poskytnout pomoc pro umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy, do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo doporučit pobyt dítěte ve středisku výchovné péče nebo na oddělení dětské psychiatrie dle potřeby.

Práce s rodinami je velice vrtkavou a citlivou záležitostí. Není snadné působit na soukromí lidí, kteří nemají dostatečné citové vazby k dítěti, nemají dostatečné intelektuální schopnosti, jejich snažení je neefektivní, bezúčelné a marné v celém sociálním kontextu. Nebo prostě jen nemají vyvinuté sociální kompetence, mají nízký sociální statut. Své děti neumí nebo nechtějí motivovat ke vzdělání, společenskému uplatnění (Bechyňová a kol., 2008).

„Z dat o rodině a způsobu, jakým se jedinec vztahuje k domovu, můžeme vyčíst mnohé z individuálního osudu mladého člověka, a dokonce se odvážit i některých prognóz dalšího vývoje“ (Jedlička a kol., 2004, s. 44).

Pokud je v této práci v prvé řadě řeč o rodině a její sanaci, nelze opomenout pár odborných informací k formování lidské psychiky, k psychologii osobnosti dítěte, která evokuje odlišné rodinné soužití a vytváří si podvědomě i nevědomě svůj psychický potenciál a schopnost v přijímání autorit.

1.3 Osobnost dítěte ve vztahu k sociálnímu prostředí

Tuto kapitolu bychom otevřeli citací předního dětského psychologa, ve které jsou pointou vlastnosti jako svobodné rozhodování, důvěra a spolehlivost, a úzce souvisí s přijímáním autority. Pocit životní jistoty je jednou ze základních psychických potřeb dítěte a udává směr dalším psychickým pochodům.

„Jestliže se někdo jen bojí někoho silnějšího a nic víc, hledá přirozeně cestu úniku a nikoliv cestu napodobení či identifikace s takovýmto životním „vzorem“. Mít autoritu neznamena uvést někoho v pouhou podřízenost, ale přitahovat ho mocí své osobnosti. Poskytnout mu vedení a pomoc tam, kde je třeba! Je to výzva k následování. Předpokládá tedy i určitou míru svobodného rozhodování na straně toho, kdo nějakou autoritu přijímá“ (Matějček, 2017, s. 328).

Piagetův model chápání morálních pravidel dítětem zase úzce souvisí s kognicí dítěte. Ten kognitivní vývoj rozdělil do čtyř hlavních stádií. V posledním stadiu, které nazývá stadiem formálních operací (týká se dětí 12 let a více), již dokáží myslet o abstraktních pojmech a systematicky testují hypotézy. Problémy, které řeší, mají již ideový podtext. Děti rozumí sociálním konvencím a morálním pravidlům dle jejich kognitivní úrovně. Jednoduše

řečeno, na tom, jestli dítě porozumí sociálnímu a fyzikálnímu světu, má podíl celková úroveň jejich kognitivního vývoje. Nejde jen o vliv rodičů. V tomto stadiu chápou širší oblast sociálních problémů, složitost interakcí a osobních pohnutek (Bendl, 2011, s. 96–98).

Pokud chceme přijít na kloub rozporům mezi prožíváním a chováním a navodit adekvátní jednání a autoregulaci, uvedeme pojem kognitivní disonance, kterou můžeme definovat jako nesnesitelné cítění při konfliktních nebo protichůdných postojích. Jejím autorem je Leon Festinger. Podstatou této teorie je, že chování (konativní složka), myšlení (kognitivní složka) a emoce (afektivně hodnotící složka) mají být v souladu, aby si osobnost zachovala určitou integritu, aby se nenarušilo její určité sebepojetí a sebeúcta. Harmonický sled složek zaručuje nekonfliktní postoje a konzistenci v chování.

V případě šikanování vzniká například modelová situace, kdy oběť přijímá šikanu jako srandu a agresory přijímá za kamarády. Tím si oběť od vypjaté situace uleví změnou postojů, které jsou ale v rozporu s danou skutečností. Emoce a změna postojů tedy patří mezi další složky v sociálních interakcích (Bendl, 2011, s. 101–102).

Psychologie osobnosti, její patologie, je tedy prvním impulsem, který může nastolit špatné adaptační mechanismy v sociální interakci. Otázkou je, jak dalece ovlivní komunikaci a vzhled do tíživé situace a zda může vést k asociálnímu chování apod.

Dostat se k jádru dětské psychiky, nevyžaduje jen pochopení a diskurs o kognitivním výkonu dítěte a přítomnost jeho emoční složky, ale i rozbor tzv. dynamické psychologie (pudy, motivy, síly) u jedince s poruchou kázně, při projevech problémového chování.

Sigmund Freud byl zakladatel psychoanalýzy. Ten tvrdil, že celou řadu projevů chování způsobují nevědomé motivy a silné vrozené duševní pudy. Zejména pud sexuální a pud sebezáchovy. Psychické poruchy jsou dle něj zapříčiněny konflikty, které mají obyčejně původ v raném dětství. Veškeré impulzy a emoce, které se ke konfliktům vážou, jsou vytěšňovány do nevědomí dítěte a při jejich možnosti je přenést psychologicky vzato do vědomí, můžou objasnit nynější a aktuální chování, jednání člověka v sociálních situacích. Agresi pojímá jako instinkt, jehož pomocí si lidé vyjadřují vrozenou touhu.

V rodině považuje za důležitou správnou, přijatelnou socializaci dítěte (od narození do sedmi let) bez frustrací, trestů, s plně uspokojenými potřebami, aby v součinnosti s jejich

vrozenými pudy a motivy nezpůsobovala do budoucna v člověku neurotické problémy, pocity viny, demotivující snahy o prosazení a zlovůli. Bez možnosti nahlédnout do minulosti dítěte si jen těžko poradíme s jejich kázeňskými problémy doma či ve škole. Bez alternativních snah zhojit frustrovanou duši na bázi pudových potřeb jen těžko prosadíme u člověka vhodné morální vzorce a bezkonfliktnost v kolektivu (Bendl, 2011).

Mimořádnou pozornost si zaslouží ty psychické socializační procesy, ve kterých se jedinec angažuje sám, vstupuje do socializace jako její aktér. Hnací silou jsou stanovené životní standardy, úkoly, kterých chce dosáhnout. Jedinec je k sobě patřičně kritický, touží po žádoucí změně a má zájem se sebe zdokonalovat, znát svoje atributy a společenský vliv. Sebeuplatnění je známkou pozitivní změny, kdy si jedinec vytyčí cíl, snaží se vycházet s druhými lidmi. Jde o vědomí vlastní způsobilosti, smysluplnosti konání a aktivizaci úsilí. Nemalou roli v jeho autoregulaci mají zkušenosti a kompetence druhých, posilování důvěry sama v sebe lidmi v referenční skupině (Helus, 2015, s. 167–169).

„Pojem autoregulace (sebeřízení) poukazuje na skutečnost, že jedinec se vlastním úsilím více či méně vymaňuje z tlaku působících vnějších činitelů a sám uplatňuje řízení (regulaci) svého chování, jednání, uvažování – svého vývoje a své socializace“ (Helus, 2015, s. 168).

Zaměříme-li se na chování žáka například na 2. stupni základní školy, můžeme si všimnout jeho problémů se sebeovládáním. Jeho aktuální potřeba dělat něco, co je v rozporu se školní povinností vyvolává určitý konflikt, stres, který může pedagog vytušit ze žákova afektivního nebo zkratovitého reagování. Není pro ně hodnotný ani atraktivní motiv povinnosti. Normy a pravidla znají, ale nejsou jim po vůli a omezují je.

„Děti středního školního věku se dovedou, i když prozatím spíše výjimečně, řídit morálkou svědomí. Jejich chování ovlivňuje nejenom potřeba pozitivního hodnocení, ale i potřeba pozitivního sebehodnocení“ (Vágnerová, 2005, s. 142).

Jejich budování identity ovlivňují modelové situace dospělých, konfrontují se se zažitými situacemi, ve kterých jsou nejistí a zraní jejich sebevědomí se často mísí s kritikou autorit, které se snaží pochopit. Jde o přirozené vývojové období a je nutné hledat u dospívajícího člověka více kladných postojů a podporovat je ve svobodných rozhodnutích, být jim přítelem a rádcem, pokud možno snažit se vidět jejich svět jejich očima. Kritika

dospívajících je často neúnosná, ale dá se na ni vyzrát s jistou upřímností a správnými komunikačními mechanismy (Matějček, 2017, s. 323–325).

„Zkušenost z poradenské praxe nás totiž učí, že dospívající děti si u svých rodičů a ostatních vychovatelů snad ze všeho nejvíce cení právě upřímnosti. Myslíme tím určitý vnitřní soulad mezi cítěním, myšlením a jednáním“ (Matějček, 2017, s. 325).

1.4 Obranné mechanismy sociálně znevýhodněných dětí

V této práci je tématem sociální znevýhodnění dětí a mládeže na dětském psychiatrickém oddělení. V popředí našeho zájmu je tedy sledovat, jak děti přijímají kritiku od autorit, jaké mají vlastní sebehodnocení, dále otázka budování nových kontaktů a motivační činitele v tomto specifickém prostředí.

V předchozí kapitole jsme uvedli pár informací, které souvisí s chováním a jednáním dítěte dle vývojové psychologie, ale důležité je zmínit, s jakými potížemi se ocitají v různých zdravotních a výchovných zařízeních a jaké jsou jejich obranné mechanismy. Tedy lépe řečeno zjistit, kdy jde o obrannou reakci a kdy o účelové a manipulativní chování dítěte, a to v takové míře, že to vyžaduje zásah odborníka.

„Pocit emočního zázemí, sociální opory a solidarity mezi členy rodiny je pro jedince základem zdravého sebepojetí, psychické pružnosti a zesílené odolnosti proti psychosociální zátěži – resilience. Oproti tomu zvýšená psychická zranitelnost – vulnerabilita – velmi často souvisí s vývojovou psychopatologií“ (Jedlička a kol., 2018, s. 315).

Za všemi ambivalentními projevy rizikového chování u žáka můžeme objevit jeho psychický obranný mechanismus. Pokud si například pedagog všimne v chování dítěte nějaké třeba i nepatřičné změny, je to signál, že vnitřní prožitek bude v rozporu s jeho chováním. Introvertní dítě hůře vysvětlí své psychické pochody, a tudíž s ním bude i horší spolupráce při intervenci.

Zastírání, popírání skutečnosti, nezájem, agrese, lhostejnost, odmítání si přiznat problém nebo jen omezení v pozornosti může naznačovat kolísání v citových prožitcích a tím i lehce zamaskovat, třeba i vědomě problém, který ho trápí. V rodině by si těchto změn měl všimnout například rodič, vychovatel, sourozenec a ve škole pedagog, spolužák.

Autor (Kyriacou, 2005) ve své knize uvádí případy závažnější a méně vážné. Některé z nich vyžadují odbornou intervenci, pomoc odborníků. U poruch emocí je typická uzavřenost, úzkost, deprese. Nemálo dětí se dostává na oddělení dětských psychiatrií kvůli sebepoškozování. Poruchu chování už můžou doprovázet agrese a opakované porušování pravidel...

„U některých žáků mohou vážné psychické potíže vyústit do klinicky diagnostikovaných poruch. Ke dvěma nejběžnějším vážným psychickým poruchám, které mohou být důsledkem negativních okolností, patří porucha emocí a porucha chování“ (Kyriacou, 2005, s. 15).

Autorka Vágnerová (2005, s. 20) zase přisuzuje provokaci, rušení ve třídě, poutání pozornosti, nepřiměřené chování jako obrannou reakci v případě neúspěšných a odmítaných dětí.

Například u dětí z rozvedených rodin se častěji vyskytují úzkostné poruchy spolu s pochybností, zda nejsou ony původci nesvárů mezi rodiči.

„Dítě je také často používáno jako prostředník, jako někdo, kdo by měl usmiřovat hádající se rodiče“ (Matějček, Dytrych, 2002, s. 13).

Je celkem pravděpodobné, že se u nich začnou vyskytovat školní problémy a u dospívajících je to spjato s rizikovějším chováním, například s delikvencí, experimentováním návykových látek, se záškoláctvím.

Vzorový lidský pár, který představují rodiče, má být pro dítě kladným, stabilním emočním základem a psychologicky vzato jakousi ochranou. Dítě tuto vztahovost, sociální interakci sleduje a napodobuje. V opačném případě mohou traumatické zkušenosti pokračovat až do dospělosti a vést v nejhorším případě k poruše osobnosti, k suicidálnímu jednání apod. (Jedlička a kol., 2018, s. 313–314).

Matoušek (2010, s. 49) ve své knize uvádí, že pokud se rodič není schopný sladit s dítětem, ať už trvale nebo pod vlivem stresu, vede to k zanedbávání dítěte nebo se vůči němu chová intruzivně, násilně. U dítěte to může vést k hyperaktivaci nebo k útlumu, což jsou pro dítě obranné mechanismy. V těchto rodinách chybí vedení přirozené autority, málo si sdělují pocity, fungování domácnosti je dezorganizované, její členové neumí nebo nemají zájem

společně řešit konflikty a prostředí pro vývoj dítěte je celkové nepodnětné. Vztahy můžou zhoršovat i zdravotní problémy a pasivita.

Dospívající mládež se chová většinou bez zábran, už proto, že ani škola a ani rodiče nepředstavují již dostatečnou autoritu. Za každou cenu si prosazují svůj názor. Pokud v rodinách chybělo citové zázemí, nepochopení mezi jejími členy, tak to znamená jakési odtržení od rodiny.

Pokud v rysech osobnosti převládnu manipulativní sklony a negativismus, je to začarovaný kruh vzájemné nesnášenlivosti, kdy jedinec trápí své rodiče a neuznává je. Ti na to reagují negativně a narušují se tím vzájemně emoční vztahy a rodinná pohoda (Vágnerová, 2005, s. 158).

Kapitolu uzavřeme stručnými důsledky zátěžových situací, jako jsou frustrace, deprivace a stres. Pro ně jsou typické pocity bezmoci např. u šikanovaného dítěte, značné přizpůsobení třeba při úmrtí v rodině, dlouhodobé neuspokojování základních lidských potřeb, neschopnost dosáhnout cíle, malé sebevědomí apod. V optimální míře můžou tyto situace posilovat životní kompetence a tím podněcovat zdravé sebeprosazování se, schopnost řešit problémy.

Pokud jsou tyto situace neúnosné, neúměrné a dlouhotrvající, nastartují v člověku přípravu na aktivní obranný mechanismus – únik nebo útok. Dlouhodobý nedostatek očekávaného uspokojení některých potřeb s biologickými vlivy osobnosti u ní může vést ke snížení frustrační tolerance. Frustrační tolerance udává míru zátěže, s níž se člověk dovede bez větších problémů vyrovnat. V ambulancích dětských psychiatrií se můžeme setkávat s dětmi, které nezvládají náročné životní situace a jsou proto diagnostikováni s poruchami přizpůsobení, s poruchami chování apod. (Divoká a kol., 2017, s. 86–87).

1.5 Poruchy chování dětí u sociálně znevýhodněných dětí

Jak bude uvedeno v dalších kapitolách pojednávajících o důsledcích sociálního znevýhodnění, musíme si uvědomit, že problémové chování dítěte nemusí být vždy geneticky podmíněné, ale hraje v tom roli kombinace biologických a sociálních faktorů, které se vzájemně ovlivňují.

Když pomineme temperament a zaměříme se na rodinu a výchovné strategie, i zde může vznikat podhoubí dalších rizikových projevů dítěte dle sociální zkušenosti, kterou dítě zažívá. Děti s poruchami chování vyrůstají často v neúplné rodině bez mužské autority. Atmosféra v těchto rodinách bývá špatná a frustrující. Dalším problémem jsou osobní příklady ostatních členů rodiny, kteří páchají majetkovou trestnou činnost nebo užívají psychoaktivní látky.

Děti také nejsou citově akceptovány a nudí se, nemají stanoveny adekvátní cíle a tráví nevhodně volný čas, nemluvě o výchovných stylech, vzorcích, kterými je dítě ponejvíce zatíženo, například pro nedůslednost, lhostejnost rodiče (Vágnerová 2014, s. 716–718).

„Život v nevhodném nebo nepodnětném prostředí zvyšuje riziko zafixování nežádoucích způsobů chování“ (Vágnerová, 2014, s. 717).

Jedinci, kteří trpí poruchou chování, mají problém s respektováním autorit, špatně se přizpůsobují v běžném sociálním prostředí a nedodržují zcela společenská pravidla a normy. Je u nich nutné odlišovat etiologii a vážnost projevů, protože některé poruchy chování jsou sociálně či psychicky podmíněné, jiné jsou specifické (např. syndrom ADHD), nebo mluvíme o přirozených výkyvech v chování, například v období vzdoru, puberty a adolescence (Slowík, 2007, s. 135).

„Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen nebo ochoten respektovat normy chování a práva druhých na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností“ (Vágnerová, 2005, s. 143–144).

Symptomy narušeného chování zahrnují agresi k lidem a zvířatům, krádeže, destrukci majetku, ale i útoky a záškoláctví, které se objevují před 13. rokem věku.

Nepřiměřené chování přetrvává delší dobu, alespoň 6 měsíců. Dítě má takový hodnotový systém a odlišné vnitřní a vnější motivační činitele, které přivodí sociálně nepřipustné, neakceptovatelné projevy v chování, které se opakují. Tito jedinci neumí navázat a udržet přijatelné sociální vztahy. Nemají dostatečné kritické myšlení, jejich sebehodnocení je zkreslené, nepocítují vinu, svoje jednání nepovažují za špatné. Netrápí je otázka svědomí. V tomto případě mluvíme o neschopnosti přiměřené sociální orientace (Hort a kol., 2008). Tyto neadekvátní projevy chování, které nejsou dočasně vývojově podmíněné, jsou

signálem narušeného socializačního vývoje. Sociální kompetence žáků jsou na nízké úrovni.

Dítě si musí umět zvnitřnit specifická pravidla, dle kterých se chová ve škole. Dodržování pravidel bez jejich zvnitřnění může pro žáky se sociálním znevýhodněním představovat zvýšenou zátěž.

Pedagog by měl proto umět odlišit rozdíl mezi poruchami chování a vývojově podmíněnými projevy (Vágnerová, 2005, s. 138–141).

Obor etopedie nám umožňuje diagnostikovat poruchy chování. Klasifikace poruch chování může být uváděna z mnoha pohledů. Jedna z nich je medicínská klasifikace. My zde uvedeme ale klasifikaci dle závažnosti porušování norem a školskou.

„Dále se setkáváme také s klasifikací poruch chování dle závažnosti porušování norem (od poruch většinou zvládnutelných běžnými pedagogickými prostředky po poruchy antisociálního rázu s kriminálním charakterem) či tříděním školským, jehož kritériem je chování, kterým se porucha projevuje (pramenící z konfliktu – záškoláctví, lhaní, krádeže; spojené s násilím – šikana, nebo závislostním chováním – toxikomanie, hráčství atp.)“ (Divoká a kol., 2017, s. 21).

Poruchy chování lze diagnostikovat až ve středním školním věku. V mladším věku mívají podobné reakce přechodný charakter, tedy pokud se nejedná o první známky poruchy osobnosti s asociálním chováním. Závažné poruchy chování se začínají projevovat až v adolescenci a o to více zhoršují budoucí společenské uplatnění, kterému předchází například školní práce, ve které často selhávají (Vágnerová, 2005, s. 144, 145).

Zmíníme pojem agrese, jež je častým projevem u poruch chování a vyžaduje jistou pozornost. Agresi lze považovat za uvolnění tlaku a nejistoty, která může pramenit ze špatné socioekonomické situace v rodině nebo může mít počátek v disharmonickém rodinném prostředí, jako jsou například nezaměstnanost, antisociální nebo kriminální chování rodičů, rozvody, rodina s velkým počtem členů, striktní výchova nebo výchova bez kontroly a strukturace volného času (Hort a kol., 2008, s. 315).

Rizikové faktory vedoucí k sociálně-patologickým jevům představují značný společenský problém.

„Mnohé činy jsou motivovány potřebou být pozitivně hodnocen asociální skupinou, získat v ní potřebnou prestiž a potvrdit si svou hodnotu“ (Vágnerová, 2014, s. 730).

Poruchy chování, jak bylo řečeno, mají multifaktoriální povahu. Mísí se v ní biologické a sociální faktory, které se vzájemně ovlivňují. Poruchy chování mohou být i geneticky podmíněné. *„Dědičná dispozice k nestandardnímu způsobu reagování se v dětství může projevat především na úrovni temperamentu. Rizikovým faktorem je dráždivost, impulzivita, potřeba vyhledávat vzrušení, snížený sklon k úzkostnému prožívání (což znamená snížení zábran) a menší citlivost ke zpětné vazbě. U takto disponovaných dětí se potíže v chování projevují již v raném věku a bývají výchovně málo ovlivnitelné. Typický je odmítavý postoj k běžným normám a chování zaměřené jen na uspokojování svých vlastních potřeb“ (Vágnerová, 2014, s. 716).*

Například špatná dědičná dispozice dítěte v kombinaci s chybějící (mužskou) autoritou predikuje nedostatečnou intervenci, protože jedinec může být konfliktní a agresivní bez kritického náhledu (Vágnerová, 2005, s. 145–147).

V prostředí rodiny mluvíme o nedostatečném emočním prožívání, emocionální disharmonii. Citová chladnost, hostilita od rodičů může vést k sociálně adaptačním problémům, což je v pubertě znatelnější kvůli rozkolísané emocionalitě. To vše může vést k nepřiměřenému chování a narušenému sebehodnocení. Dětem chybí sebekritické myšlení a vnímání situace do jejího důsledku. V chování je patrná labilita s afektivními projevy nebo impulzivita. Neumí se ovládat. Příznačným rysem dětí s problémovým chováním je to, že neodhadují následky svého chování zcela dostatečně a se neumí poučit z nové zkušenosti.

„O poruše chování lze mluvit jen tehdy, pokud dítě či mladistvý normy chápe, ale nerespektuje je nebo se jim nedokáže porýdit“ (Vágnerová, 2014, s. 715).

Poruchy chování jsme zmínili už proto, že mohou být důsledkem dysfunkčního prostředí v rodině a vyvolat v dítěti psychické strádání, být hlavním rizikovým projevem chování v životě dítěte nebo mladistvého a vyžadují včasnou odbornou intervenci a spolupráci s rodinou.

1.6 Diagnostika dítěte

Při práci s dítětem si musíme uvědomit, že když přichází z nevyhovujícího sociálního prostředí do prostředí dětské psychiatrie, tak diagnostika dítěte bude prvním vodítkem v tomto terapeutickém procesu a navození důvěry bude nedílnou součástí dalšího psychologického působení.

„Nejčastěji zaměřujeme diagnostickou činnost na: úplnost či neúplnost rodiny, vzájemnou shodu a vztahy mezi rodiči a širší rodinou, stupeň narušení rodiny, počet sourozenců a postavení dítěte mezi nimi, dispozice dítěte, typ a náročnost výchovy, způsob trestání dítěte, projevy lásky, resp. zanedbávání dítěte, agresivitu vůči dítěti, ev. týrání dítěte, prostředí, ve kterém rodina žije, včetně materiálního zajištění“ (Pipeková a kol., 2010, s. 78).

Vnímáme-li problematiku rodiny zeširoka, uvedeme například špatnou docházku dítěte do školy nebo narušené vztahy mezi vrstevníky, nevhodné trávení volného času, bude nás zajímat, jakým způsobem si získat důvěru a jak komunikovat s rodiči takového problémového dítěte. V publikaci se můžeme dočíst o nutnosti spolupráce pedagogů, sociálních pracovníků s rodiči znevýhodněných dětí. V praxi to uvádíme jako důležitý krok pro prevenci a terapii rizikového chování dětí, dává nám to cenné informace a jako takový si zaslouží naši pozornost (Němec, 2019).

Do jaké míry bude dítě odolné vůči tlakům ze společnosti a jak se bude socializovat má svůj raný původ ve vztahové vazbě s rodičem.

2 Attachment, rodinné vazby

Zakladatel klasické psychoanalýzy Sigmund Freud nebo jeho pokračovatelé John Bowlby, Jean Piaget se shodují v myšlence, že vztah s rodiči od útlého dětství formuje osobnost a podněcuje lidskou mysl k vytváření identity dítěte v jeho emocionální a kognitivní složce. Intrapsychické podněty, sociální hlediska, potřeby a pudy udávají hranice lidského ega, důvěry sama v sebe, možnost sociálního učení a vývoje inteligence včetně sociální interakce (Hort et al., 2008, s. 27–33).

Vazbové chování můžeme definovat jako vrozený základ pevné vazby mezi osobami v rodině. Kvalita vazby je patrná nejdříve mezi matkou a dítětem po jeho narození a udává psychologický rozměr dalšího osobnostního vývoje dítěte. John Bowlby tuto vazbu považuje za zcela ochrannou a s přesahem do dospělosti. V negativním případě si dítě nevytvoří „základní důvěru“ k dospělému a tím jsou jeho emoční projevy zkresleny nebo zcela vymizí. Potřeba bezpečí je důležitým aspektem rodinného soužití. *„Několik dlouhodobých studií již potvrdilo, že dětská představa o spolehlivosti a dostupnosti rodiče je v čase vysoce stabilní a ovlivňuje vazby k lidem až do středního věku“* (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 42).

Studiem tzv. vazbového chování se inspiroval například dětský psycholog Zdeněk Matějček (2011, s. 23), který se zabýval deprivacemi dětí v kojeneckých ústavech, kterým chyběla rodičovská péče. Pokud je známým faktem, že dítě ke svému zdravému vývoji potřebuje lásku, citovou vřelost, tak v opačném případě, při nedostatku citové podpory může dojít například k nedostatečnému ukojení afektivních potřeb u dítěte a tím k citové deprivaci. Ve svých publikacích pojednává o deprivacním syndromu, nedostatečném nasycení potřeb organismu. *„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“* (Matějček, 2011, s. 26).

Když se zamyslíme nad významem otcovské role, tak se v podstatě od minulých dob podstatně změnila. Má více psychologický rozměr. Otec sice na rozdíl od matky nemá tu zkušenost být niterně propojený se svým dítětem od jeho narození, ale má možnosti se k dítěti citově přibližovat více, než to bylo dříve zvykem. Společnou výchovou lze zajistit

jisté specifické potřeby dítěte, ve kterých má otec, vychovatel nezastupitelnou roli. Role otce je ale oslabena větším sebeprosazením, vůlí se zapojit do vztahové sítě, která je mezi matkou a dítětem mnohokrát bezděčná a svazující. Otec se na roli adaptuje hůře o to více, když je dítětem odmítán pro svoji neúčast nebo nepochopení mateřských pravidel.

Vztahovost mezi členy rodiny je složitá a bez tolerance a vzájemné pomoci se stává lehce dysfunkčním prvkem. Dnes je rodina ohrožena více vnitřním nedorozuměním, nedostatkem ohledu a to nepochybně spěje ke ztrátě pocitu bezpečí a jisté stability a v nejhorším případě k rozpadu rodiny (Matějček, 2017, s. 63–65).

Budování důvěry v rodině a závislostní vztah jsou důležitými aspekty společného soužití, ale je to vratké a může se to patologicky promítnout při manželské krizi. Emoční dospělost je důležitým ukazatelem zdravého rodičovského přístupu.

„U rodičů, kteří mají znalosti a jsou emočně dospělí tak, aby mohli plnit potřeby dětí během jejich vývoje – a zároveň dětem stanovují hranice – je méně pravděpodobné, že vychovají děti, kterým bude ve vývoji něco zásadního chybět. Být emočně dospělý znamená zůstat otevřený k tomu, abychom dokázali rozpoznat a léčit naše vlastní zranění z raného dětství“ (Levine a kol., 2014, s. 143–144).

Za zmínku stojí také sourozenecké vztahy. Pouto, které mezi nimi vzniká, může mít resilientní charakter. Při nepříznivých životních podmínkách v rodině se navzájem podpoří a jejich vztah může být pevný a jistý do dospělosti. Při dobrém fungování rodiny to má svoji hodnotu, ale stejně tak to může být hodnotné i v situacích, když rodina neplní dobře svou funkci nebo jsou děti v náhradní rodinné péči s nevlastními sourozenci (Matějček, Dytrych, 2002, s. 69–71).

Naproti tomu ale sourozenectví představuje mnohem větší propletenec vztahovosti. Nápodoba, rivalita, rozmlísky, žárlivost, agrese, vztek, ale i ohleduplnost, péče jsou ukazateli vztahů mezi sourozenci. Usměrnování, hledání kompromisů vyžaduje dobrý a trpělivý výchovný styl rodiče. Více početné rodiny mají jistá společenská a komunikační specifika, která jsou určována věkovým rozdílem, genderovým rozdílem, sourozeneckou konstelací a může vést k mnoha problémům, pokud se rodina dostane do ekonomických potíží nebo není prostor pro přípravu dětí do školy. Podněty a zkušenosti se sourozenectvím spojené mají svůj socializační význam, rozšiřuje jim to socializační

horizont, dává všanc poznávat a řešit vzájemné problémy, seskupovat se do skupin, učit se navzájem respektovat a poznávat společně nové lidi a nové situace. Nezřídka se stává, že starší děti pečují o ty mladší. Pokud se to týká více početné rodiny, odrazí se to i v docházce nebo přípravě do školy. Jakou dítě zažije bazální zkušenost, tedy míru a hloubku péče o něj, ta se samozřejmě bude lišit počtem sourozenců, tak to ovlivní i jeho budoucí mimo rodinné vztahy (Helus. 2015, s. 248–252).

„V dítěti se tak upevňuje určitá bazální (základní) zkušenost, která orientuje jeho vztah vůči druhým lidem i jeho pohled na sebe sama a okolí“ (Helus, 2015, s. 251).

Vztahovost jistě představuje základní kámen komunikace mezi členy rodiny. Tím se dostáváme k funkci rodiny, která klade důraz na sociální kompetence, ale také na sociální schopnosti u dítěte a tím potažmo udává směr jeho působení ve škole a mezi vrstevníky.

2.1 Funkce rodiny

Rodina je tradičním společenstvím osob a slouží jako zprostředkující skupina mezi jedincem a společností. Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, spočívá primární funkce rodiny v tom, že již od narození ovlivňuje vývoj jedince, vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv, jsou trvalé.

„Rodina jednak zajišťuje uspokojování biologických potřeb dítěte, zajišťuje podmínky pro jeho zrání a růst, ale připravuje jej také na přijetí rolí a vzorů jednání“ (Kořa a kol., 2004, s. 38).

Z psychologického hlediska je nutné uvést fakt, že na míře funkčnosti rodiny se podílí individuální a charakteristické rysy rodičů, kteří se sami v dětství setkali s různými podobami lásky, odmítání, nezájmu nebo s plnohodnotnou a láskyplnou podporou rodičů. Jejich rodinná konstelace nemusí být tolik stabilní, je dynamicky dost proměnlivá a může vést k jistým slabým postojům a nejistotě. Rodičovské chování má také vrozenou bázi. Autor Matoušek (2010, s. 46, 47) zmiňuje, že správná biologická rodina, kterou tvoří dítě a jeho pečující rodič se vzájemně angažují na vzájemných vztazích, současně představuje pro dítě „protektivní faktor“, tedy ochranu a jistotu, což potvrzují teorie i dalších odborníků z vývojové psychologie. Dále uvádí, že členové rodiny, kteří nemají společné geny, se dopouštějí častěji poškozujícího chování.

Podnětné prostředí, zdravé citové vztahy v rodině a dítě, které zažívá ve svých rodičích hluboký pocit jistoty, to vše se bude jistě pozitivně promítat do všech jeho dalších vztahů k věcem, lidem, myšlenkám a ideálům (Matějček, 2017).

2.2 Dysfunkce rodiny

S výchovou se často pojí pojem důslednost. Při výchově jsou stanoveny hranice svobody, které mají být tak široké, aby dítě prospívalo a ne aby bylo svázané přísností nebo naopak slepou poslušností. Rodinu ale tvoří více členů, otec a matka se nemusí shodovat ve výchovných názorech, a to může vést k těžkým rozporům a nedůslednostem. *„Nedůslednost ve výchově vzniká nejspíše tam, kde si jednotliví členové rodiny činí na dítě výhradní právo a kde jeden na druhého víceméně žárlí“* (Matějček, 2017. s. 209).

Rodinné krize ve své podstatě mají mnoho podob a pro členy rodiny představují různé následky. V literatuře se můžeme dočíst o krizi traumatické, kam spadá například fyzické a psychické týrání dítěte v rodině, které vede k neuspokojování základních lidských potřeb a citovému a fyzickému strádání, citové deprivaci (Hadj-Moussová a kol., 2004).

Způsob řešení konfliktů v rodině představuje nepochybně startovací čáru k rizikovému chování dítěte. Jde o otevřené konflikty mezi rodiči, ze kterých dítě uniká nebo můžeme zmínit i pojem „rozštěpená dvojná vazba“, kdy matka je k chování dítěte nekritická, shovívavá a otec je naopak velmi kritický, odmítavý (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 46–48).

Nepřátelský postoj rodičů a jejich klesající vliv na dítě může vyvolávat kriminální a delikventní jednání. U lépe finančně situovaných rodin jde o skrytý nepřátelský postoj, který umí rodiče dle svého společenského postavení lépe maskovat a tím znesnadní pomoc dítěti z okolí, než je tomu u sociálně slabších rodin, kde je působení na výchovu dítěte viditelné a mnohdy lépe řešitelné.

„Odlišný motiv mají málo vzdělaní jedinci, pocházející z dysfunkčních rodin, bez větších předpokladů získat přijatelnou sociální pozici a od dětství sužovaní různými frustracemi (např. chudobou, neúspěchem atd.). Ve společnosti nemají mnoho šancí, a tak přijmou tu, která se jim nabízí a jeví se imponující. Představují sebevyjádření negací toho, co je pro ně nedosažitelné“ (Vágnerová, 2005, s. 199).

Od vlivu rodiny na žáka není daleko k vlivu vrstevníků. Ti mohou reagovat na rodinnou a školní zátěž zakládáním referenčních skupin, které budou posilovat jejich sebevědomí a důležitost v tom lepším případě. Sebeprosazování v partě bude hnacím motorem v chování a jednání v době dospívání.

Ideálním mezníkem při budování osobní identity dítěte jsou konfrontace, dramatické střety s dospělou osobou, vychovatelem, ale i vliv vrstevníků. Vrstevníci jsou pro dospívajícího člověka mnohdy zásadní potřebou v sebeuvědomování si svého „já“. Zde je otázkou, v jakém případě a do jaké míry ovlivní dospívající dítě tak, aby to nezpřetrhalo vazby k původní rodině a nesklouzlo k rizikovému chování.

Hodnoty a výchovné působení v rodině zase nemusí být vždy natolik odlišné od působení této skupiny. Patologické vazby k vrstevníkům budou sílit s tím, jaká hluboká bude výchovná insuficience a špatný dohled volného času nad dospívajícím člověkem. Vrstevníci mají svůj určitý význam při zdravém sebeprosazení se například ve škole, zájmové organizaci, kolektivním sportu (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 81, 82).

Parta může pro dítě představovat velký sociální problém. Socializovaná porucha chování dle odborné psychiatrické literatury představuje diagnostikovanou poruchu chování s lepší prognózou. Vliv sociálního prostředí a odpor ke škole zde převládá, ačkoliv vztahy v rodině jsou únosné. Děti mívají slabé sebehodnocení, nízkou seberegulaci v sociálních interakcích (Hort a kol., 2008, s. 317–321).

I neproblémoví chlapci můžou vidět jistou atraktivitu v dominanci, kterou členství ve skupině představuje, jistou vážnost i za cenu agresivních postojů, rádi nevhodně poutají pozornost (Vágnerová 2005, s. 197–199).

2.3 Výchovné styly v rodině

Špatná rodinná péče se pojí s výchovnými styly a vzorci. V zákulisí těchto výchovných metod se skrývají biologické, sociální faktory dítěte, resp. jeho osobnost. Budeme se opakovat v tvrzení, že je důležité dobré fungování rodiny, protože posiluje sociální kompetence v dítěti a odráží jeho osobnostní charakteristiku. Přítomnost funkční rodiny bude zárukou, že se u dítěte budou rozvíjet jeho potenciality, schopnosti a dovednosti, vytvoří si pozitivní vztah ke škole a vzdělávání.

Pedagog by měl proto znát, z jaké rodiny dítě přichází, umět analyzovat problémy v rodině a hledat řešení.

Hodnoty dané rodinou jsou zásadní už proto, že jsou dítěti emočně bližší. Dítě se ve škole se chová jinak než doma. Od rodičů vyzní kritika jinak než od učitele.

„V odborné publikaci se můžeme dočíst i o socializační funkci rodiny, která má svůj význam a hodnotový přesah. Z tohoto základu se rozvíjí vědomě řízená výchova – utváření návyků, sebekontrola, učení, přijetí disciplinovaných forem jednání, očekávání odměn či trestů. Tím se právě v rodině kladou základy výchovy mimo rodinu“ (Kořa a kol., 2004, s. 38).

Uvádíme zde zárodky, při kterých se v dítěti probouzí negativní postoje a odmítání autorit jak doma, tak ve škole. Rodinné interakce v mnohém předurčují jistotu či nejistotu v sociálních vztazích a mohou vést například k manipulaci, účelovému jednání a k nezodpovědnému chování, tudíž k jakémusi sociálnímu znevýhodnění a druhotným projevům v poruchách chování. Máme na mysli výchovné styly v rodině, které shrneme do pár základních faktů.

K poslušnému chování a k přijímání autorit se bude jinak stavět dítě z nezralé rodiny a jinak dítě z rodiny autoritářské. Je mezi nimi propast citů, vůle a sebeprosazení. V jedné chybí zkušenosti a rodina je nestabilní svou neznalostí přistupovat k řešení konfliktů v rodině. Dítě může být nejisté a neprůbojné. Naopak v jiné bude silná autorita rodiče dítě podněcovat k nekázní a revoltě. V dítěti budou utlačovány jeho přání, potřeby dle silné vůle rodiče a dítě může být frustrované, úzkostlivé, apatické nebo naopak agresivní, zákeřné. Prosazení se a potřeby dítěte nejsou vyslyšeny. Ba naopak je za svoje projevy káráno a ponižováno. V takové rodině není důležitý názor dítěte a ve škole se to projeví nejistým školním výkonem nebo zákeřností vůči spolužákům.

V rozmazlující rodině si pro přehnanou péči dítě samo nebude umět nebo chtít poradit s problémem a s náročnější situací; bude líné, rozmarné a nezodpovědné. Děti z disociovaných rodin mívají zase narušený prožitkový svět. Nemají sociální zkušenost, pokud ji chtějí zažít, tak jsou za ni výchovně trestány (Helus, 2015, s. 229-232, 255, 256).

Disociovaná rodina představuje riziko pro asociální nebo antisociální vývoj dítěte. Důležité vztahy v takové rodině jsou vážně rozrušeny. Rodina je velice konfliktní svou izolovaností

od vnějšího prostředí. K okolí se staví s nedůvěrou a s jistou lhostejností. Tomu může předcházet špatná sociální zkušenost nebo její jeden člen může být psychicky narušený, paranoidní. Svůj svět si udržují ve svém striktním bezpečí. Do svého soukromí si nenechají nahlédnout. Úzkost a špatné sociální sebehodnocení jsou důvody, proč nekomunikují s okolím, a to je přivádí do konfliktů, když od nich společnost žádá běžné začlenění a spoluúčast, které nekoresponduje s jejich rodinnou filozofií. Děti v těchto rodinách jsou více trestány (v rámci výchovy) a omezovány v sociálním začleňování do společensko-kulturních vztahů a činností, což narušuje jejich osobnost a individualitu (Helus, 2015, s. 233–235).

„Navíc, což je neméně negativní, disociace rodiny zpravidla navozuje v dětech a mladistvých zkreslené pojetí světa a společnosti jako něčeho v podstatě cizího, nepřátelského, před čím je třeba se uzavírat, bránit, proti čemu je třeba útočit“ (Helus, 2015, s. 235).

Děti z romského etnika se v některých případech projevují nežádoucím chováním. Nedodržují pravidelnou a včasnou docházku do školy. Je to tím, že mají odlišnou sociokulturní normu. Jejich přirozený původ považuje za svoje normy například odlišný vztah k dennímu režimu, neplánují, nejsou cílevědomé. Vzdělání nepovažují za hodnotné. Preferují materiální přínos určitého chování a aktuální zážitek. Normy majoritní společnosti moc nerespektují a stejně tak jsou oni odmítáni pro chování, které se jeví jako abnormální a nepřijatelné. Vymykají se běžnému očekávání většinové společnosti.

Obdobné to je i u jiných sociálních skupin, protože normy, ideály, pojetí abnormality mohou mít tyto skupiny vymezeny generačně, profesně, etnicky, zdravotním postižením, sdílením specifické zkušenosti nebo náboženskou zkušeností. Tyto skupiny mohou trpět v důsledku sociální izolací a nepochopením (Vágnerová, 2014, s. 20–22).

Nelze ale obsáhnout tak složitý proces bez pochopení motivů, vnitřních pohnutek dítěte, ani nelze vykonstruovat míru poruch chování, pokud o tom nebudeme znát základní fakta a nebudeme dostatečně empatičtí při řešení jejich problémů. Každé dítě má vnitřní konflikty, motivy, kterými reaguje na neúměrné a složité rodinné a sociální situace.

2.4 Neúplná rodina

Velkou kapitolu tvoří děti z neúplných rodin, které mají svoji pozici oslabenou tím, že mají pouze jednu výchovnou autoritu, pokud se tím míní biologický rodič.

Profesor Matějček (2017, s. 66) přirovnává soužití v rodině, výchovu jako dobrodružnou výpravu. Vzájemné vazby tu mají svoji váhu a předpojatost. Nelze říci, že dospělý člověk je vždy hlavním činitelem v utváření citových zážitků v rodinném soužití. Je to propojený a dynamický průběh lásky, odříkání, radosti a zklamání všech osob v rodině. Každý vychovatel si plní v rodině svůj jedinečný životní úkol. Vyvstává zde ale otázka, jak se bude ubírat vývoj dítěte v rodině, z kterého vymizí a ztratí vliv jedna rodičovská autorita?

Neúplná rodina bude tedy zásahem do této výpravy a výchovných procesů, ale jen do té míry, jaké okolnosti jí předcházely a jak se k této životní roli staví dítě a jak velký vliv na něj má zachovaná, přítomná autorita. Takový rodič bude mít výchovný proces ztížený, náročnější. Bude muset lépe předvídat situace a zajistit si více času se o dítě postarat, než by tomu bylo v úplné rodině, což je problém u zaměstnaného rodiče. Jeden rodič musí dostatečně znát potřeby svého dítěte a více se citově se angažovat. Co se týče společenského zapojení dítěte, tu vyvstane problém, pokud chybějící autorita nebude nahrazena jinou vhodnou osobou (Matějček 2017, s. 65–69). Věk dítěte i jeho pohlaví budou také důležitými aspekty ve výchovném působení jen jednoho rodiče, ale nejde s jistotou říct, jak negativní dopad to bude mít na dítě do budoucna.

V poradenské praxi se odborníci setkávají s obtížemi, které pramení z nedostatku autority, převážně otce.

„Přítomnost otce v rodině soudobý výzkum jasně ukazuje jako faktor, který brání delikvenci syna. Chlapci žijící ve společné domácnosti s vlastním otcem mají významně menší sklon přestupovat meze zákona než chlapci žijící bez otce či s nevlastním otcem“ (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 40).

Je doloženo a v knihách zaznamenán fakt, že chlapec, žijící pouze s matkou pocítí více chybějící autoritu otce. Chlapci jsou v tomto případě „zranitelnější“, citlivější, hlavně pokud jde o období dospívání. U dívek zase hrozí, že nebudou mít vytvořenu představu o mužské autoritě a při hledání životního partnera nebudou tolik objektivní, může se lehce

stát, že se v partnerství mnohdy zklamou nebo budou v přítomnosti muže dosti nejisté a naivní. Budou navazovat vztahy bez rozmyslu a bez zábran nebo budou opačnou autoritu odmítat.

„V konečné instanci pak záleží na tom, jak se matka se všemi těmito okolnostmi vyrovnala. Chtě nechtě přenášíme totiž své osobní problémy do vztahu k dítěti, a čím více jich je a čím jsou tíživější, tím spíše je výchova ohrožena“ (Matějček 2017, s. 69).

Autorka Vágnerová (2005, s. 149) vnímá rizika jako významná. Nejenže chybí správné vzorce chování, není zajištěna dostatečná podpora pro dítě nepřítomností jednoho z rodičů, ale jsou známy v praxi nevyhovující výchovné strategie jako nedůslednost, odmítání, lhostejnost a zanedbávání dítěte či tvrdá disciplína. V těchto rodinách se udává větší výskyt tělesných trestů a týrání. V takových rodinách dochází ve zvýšené míře i k přímému působení kriminálního a sociálně patologického modelu.

Matka má snahu dítě do školy připravovat, ale mnohdy to nestačí už kvůli pracovnímu vytížení nebo proto, že žije s dítětem sama. Pocit křivdy můžou zažít obě strany. Pedagog je v roli zástupce vzdělávací instituce, která se řídí školními pravidly a tematickými plány ve výuce a rodina je zase instituce, kde se mísí jejich osobní potřeby (Vágnerová, 2005, s. 26–28).

Patologický dopad na psychiku dítěte z neúplné rodiny má ale různou míru. Záleží na příčině rozpadu rodiny a na tom, jak výchovu zvládá rodič. Když je důvodem například úmrtí rodiče, tak může nadále zůstat ve vroucích vzpomínkách členů rodiny. Rozpad rodiny díky konfliktům, při rozvodu, může v dítěti zanechat traumatizující zážitek a v době vývoje dítěte jde o ztíženou situaci v rozvíjení přirozených vztahů. To prožívají, jak už bylo řečeno, hůře chlapci.

Z. Helus (2015, s. 245–248) zmiňuje ještě funkční/skrytou neúplnost. Rodina je sice úplná, ale jeden z rodičů své rodičovské funkce neplní. Dítě se snaží poutat jeho pozornost různými formami sebeprosazování, od provokace až po kriminální charakter, krádeže, agrese. Takové dítě neprospívá pochopitelně ani ve škole. Tyto pochybné aktivizační snahy nejsou ale kolikrát vyslyšeny a dítě místo kladné pozornosti od rodiče, o kterou tak usiluje, bývá trestáno nebo nadále ignorováno.

Když shrneme uvedená fakta, tak nelze popřít, že narušený vztah rodičů, manželský rozvrat dítě poškozuje a je pro něj výrazným psychosociálním handicapem.

V odborné literatuře se uvádí pojem generalizovaná ztráta bezpečí. Po rozvodu se dosavadní rodinné zázemí rozpadá, dítě si přestane být jisté, komu z rodičů důvěřovat. Začne o sobě také pochybovat. Taková psychická zátěž logicky vyústí k pocitům méněcennosti a vnitřním konfliktům, koho z rodičů preferovat.

Chlapci reagují po rozpadu rodiny sociálně nepříjemně, agresivně, někdy až hostilně. Ve srovnání s dívkami svůj hněv dávají najevo externalizovaným způsobem, což vyvolává konflikty s vrstevníky a učiteli. Zhoršuje se jejich školní výkon. Dívky jsou více introvertní, nenápadné, ale mohou svoji agresi, úzkost zaměřovat samy na sebe, autoagresivně (Vágnerová 2005, s. 258–261).

„Děti se často cítí zahanbené a méněcenné, když je rodiče v rámci rozvodu opouštějí. Mají pocit, že nemají dostatečnou hodnotu, když se něco takového může stát. V zátěžové situaci začnou mnozí školáci znovu uvažovat egocentricky. Na této úrovni je vysvětlení, „tatínek odchází, protože nejsem dost dobrý, aby se mnou zůstal“, logické“ (Vágnerová 2005, s. 260).

Nezanedbatelným rizikovým faktorem je i nepřítomnost rodičovské postavy v rodině, nejčastěji otce. Obě pohlaví postrádají zdroj opory a druhou specifickou autoritu. Veškerá zátěž ve výchově zůstává na jednom rodiči, tím je její pozice oslabena a ve výchově chybí patřičná důslednost a určitá disciplína (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 41, 44, 45).

Jiný autor zase uvádí, že problémem v domácnosti vedené pouze jedním rodičem může být nedostatek materiálních prostředků (Kořa, 2004).

V následující kapitole nastíníme problematiku zanedbaného dítěte. Takové dítě strádá už proto, že nemá dostatečně a dlouhodobě zajištěné základní biologické potřeby, je ohrožené snad nejvíce sociálním znevýhodněním a sociální izolací, citovou deprivací.

2.5 Syndrom CAN, citová deprivace

„Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v anglosaské literatuře jako Child Abuse and Neglect (CAN) a odtud převzatý i do naší terminologie, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje

dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte“ (Dunovský a kol., 1995, s. 7).

V roce 1962 pediatr C. H. Kempe z USA popsal a identifikoval „syndrom bitého dítěte“ (Battered Child Syndrome). Nová nemocnost v sobě skrývala nové patologie života a vývoje dítěte, jeho týrání blízkou osobou (Vaníčková a kol., 1995).

Dle autorky Malé (2008), je syndrom CAN nenáhodným dějem, vyžadující multidisciplinární řešení. Tvrdí, že jde o problém transgenerační – týrání týrají. Ještě v minulém století platil názor, že fyzické tresty napomáhají lepší výchově dítěte.

Zanedbávání znamená jakýkoli nedostatek péče dítěte, při kterém je ohroženo ve svém vývoji. Konkrétně zmíníme například formu citového, psychického a fyzického týrání – nedostatečné uspokojování tělesných životních potřeb, nedostatek zdravotní péče, výchovy a vzdělání - absence ve škole, otázka špatné hygieny, výživy, neadekvátního kontaktu, nedostatečný dohled, nepodnětné a frustrující prostředí, dětská práce v domácnosti i mimo ni (Gjuričová a kol., 2000).

„V pasivní podobě pak jde o nedostatečnou stimulaci, zanedbávání základních duševních potřeb (psychická deprivace) i potřeb citových (nedostatek lásky, porozumění, identifikace apod.). Poznání tohoto "pasivního" psychického a emocionálního týrání pak významně přispělo k formulaci druhé části syndromu CAN, tj. zanedbávání dítěte (Child Neglect), v bezprostřední návaznosti na pasivní formy tělesného týrání“ (Dunovský a kol., 1995).

Filozofický a psychologický rozměr zanedbávání dítěte a tím i jeho „strádání“ například ve výživě, výchově, je poměrně široký a v očích laika těžko pochopitelný. Pojí se totiž úzce s pojmem citová deprivace. Deprivace a zanedbávání můžou být ve svém počátku stejným patologickým procesem, ale v jednom případě tu hraje roli slabá socio-ekonomická úroveň rodiny a její nepodnětnost a mravní zpustlost, která v dítěti nerozvíjí dostatečně psychický potenciál a na druhé straně materiálně zajištěná rodina s necitlivými a neempatickými rolemi vychovatelů, jejich zlovůle a ignorace k potřebám svých dětí. Výsledkem bývá porucha identity dítěte, jeho nejistá budoucnost, která se projeví i ve špatných výsledcích ve škole, vede ke sníženým pracovním povinnostem, pracovní kázni. Negativní dopad to

má na jejich působení ve společnosti i v její mírnější formě – subdeprivaci (mírnější forma psychické deprivace).

Dle prof. Dunovského (1995, s. 61, 65) může tedy zanedbanost představovat mírnější předstupeň psychické deprivace nebo jednu z cest, které k ní vedou. Dle závažnosti problému musí přijít pomoc a zásah od lékařů, sociálních pracovníků, které mají za úkol rodinu koordinovat v krocích vedoucích k nápravě a zajistit dostatečnou intervenci.

Znalost životní historie dítěte nám v každém případě může pomoci při prevenci či terapii rizikových forem chování. Než budeme hlouběji specifikovat výzkumný vzorek dětí, které trpí výchovnými či psychickými problémy, uvedeme pár poznámek badatelů, kteří se shodují na tom, že mnoho pacientů s depresí, schizofrenií nebo psychopatů má zaznamenán vyšší počet parentálních deprivací, tj. situací, kdy jeden nebo oba rodiče zemřeli nebo nemohli plnit svoji rodičovskou funkci, viz základní studie J. Bowlbyho. Musíme ale brát v úvahu velkou opatrnost v konečném posuzování příčin a důsledků (Langmeier, Matějček, 2011, s. 31–32).

3 Prevence a terapie rizikových forem chování

V publikacích se uvádí, že jsou zhruba čtyři okruhy potřeb, které musí být dobře uspokojeny, aby se dítě mohlo dobře vyvíjet po duševní stránce a mohlo se zapojit do společnosti. Patří sem vývojová podnětnost, kterou zajišťují v nejlepším případě oba rodiče. Druhým okruhem potřeb jsou potřeby sociálního učení. Třetí je oblast citová a naposledy potřeby dítěte související se společenským zapojením. V neúplné rodině, ve které bude vychovatelkou pouze matka, může být dítě v určité nevýhodě a některé potřeby nebude moci zajistit úplně, což už bylo řečeno v předešlé kapitole o neúplné rodině. Nemusí to ale znamenat, že musí vždy dojít k výchovným komplikacím. Nenaplnění těchto potřeb bude znamenat jisté nebezpečí, které může vést k rizikovým formám chování apod. (Matějček, 2017, s. 67–70).

Klienty sanace rodiny bude tedy ta rodina, která je ohrožena špatnou sociální situací, izolovaností, zvýšenou mírou stresu, frustrací a výchovnou nezkušeností rodičů, a protože je v tomto případě v hlavní roli ohrožené a neprospívající dítě, nelze situaci podceňovat ani ignorovat. Oblast péče o dítě je pro mnoho rodin citlivou záležitostí, do které si nenechají zvenčí zasahovat. Obranné reakce rodičů mají mnoho podob a rodiče si mnohdy nepřiznají, že potřebují s rodičovstvím poradit, podpořit. *„Čím dříve po narození dítěte je matce/rodičům nabídnuta adekvátní podpora v péči o dítě, tím větší je šance na její přijetí i na přerušování transgeneračního vzorce neadekvátního rodičovského chování“* (Bechyňová a kol., 2008, s. 53).

Pro rodiče dětí, kteří jsou zatíženi špatným rodinným prostředím, výchovnou insuficiencí, citovou deprivací, rizikovými projevy chování, odlišným sociokulturním prostředím apod., obecně řečeno sociálním znevýhodněním v úzkém slova smyslu, jsou k dispozici různá poradenská pracoviště, zařízení. Pedagogicko-psychologické poradenství je jednou z forem působení na rodiny. Psychologové a speciální pedagogové napomáhají k vytváření vhodných podmínek pro zdravý psychický, tělesný i sociální vývoj dítěte, tj. výchovy a výuky v předškolním zařízení, škole, školském zařízení a v rodině. Ve výčtu jejich služeb můžeme zaznamenat i prevenci a řešení výchovných a výukových obtíží, sociálně patologických jevů (šikana, agrese, zneužívání návykových látek), vytváření podmínek pro

integraci žáka se speciálními vzdělávacími potřebami atd. (Jedlička a kol., 2004, s. 283–285).

Při pomoci rodinám nebo při zajišťování potřeb dítěte zmíníme používání vhodných komunikačních technik a důvěrný vztah mezi pomáhajícími pracovníky a členy rodiny jako hlavní socioterapeutické nástroje (Bechyňová a kol., 2008).

3.1 Školská poradenská zařízení

Sociální znevýhodnění dle školského zákona č. 561/2004 Sb. je speciální vzdělávací potřeba stejně jako zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění. Žák by měl na doporučení učitele nebo rodiče projít školským poradenským zařízením, kde se tato speciální vzdělávací potřeba zjišťuje a zajistí se další postup. Poté by měla být u žáka zajištěna individuální péče na základě individuálního vzdělávacího plánu.

„Zároveň se jedná o citlivou oblast, kde je snadné někoho urazit a „diagnóza“ samotná ničemu příliš nepomůže. V praxi proto každý zúčastněný člověk (pedagog, psycholog, sociální pracovník, dobrovolník) vychází ze svých poznatků a snaží se najít takovou formu podpory, jaká je dostupná“ (Mají na to, online, cit. 2020-06-10).

Spolupráce s rodiči problémového dítěte často vyžaduje notnou dávku trpělivosti a jistého psychologického taktu. Dítě je jako hromosvod, po kterém se valí požadavky rodičů a požadavky školy souběžně a dochází často ke konfrontacím, v nichž je dítě prostředník. Spolupráce mezi rodiči a pedagogem se zhoršuje, pokud je dítě neúspěšné nebo nesplňuje patřičná očekávání. Jinak hodnotí školní výkon dítěte ambiciózní rodič a jinak rodič, pro kterého škola nemá význam (Vágnerová, 2005, s. 26–28).

3.2 Ústavní zařízení

Rodina je od Všeobecné deklarace lidských práv pokládána za přirozený a základní prvek společnosti, mající právo na ochranu. V této kapitole přiblížíme možná řešení, pokud rodina neplní svůj účel, svoji funkci.

Ústavní zařízení zajišťují náhradní a preventivní výchovnou péči. V zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně jiných zákonů jsou

uvedeny tyto druhy zařízení: dětské domovy, dětské domovy se školou, diagnostické ústavy a výchovné ústavy pro mládež. Klienti zařízení mohou být zařazováni podle věku, mentální úrovně, zdravotního postižení, stupně obtížnosti výchovy apod. (Pilař a kol., 2004, s. 307–311).

V této souvislosti ještě musíme zmínit Občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.), dle kterého se odborní pracovníci řídí v případě, že je výchova dítěte vážně ohrožena nebo narušena. V takovém případě může soud nařídit tato opatření – svěřením dítěte do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, předběžné opatření, pěstounskou péči, ústavní nebo ochrannou výchovu. Všechna tato opatření jsou koordinována a řízena prostřednictvím oddělení sociálně-právní ochrany dětí na odboru sociálních věcí při městských úřadech, jsou legislativně ukotvena v zákoně č. 359/1999 Sb. (Bechyňová, 2008, s. 46).

V § 971 občanského zákoníku je přímo uvedeno: *„Jsou-li výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit, může soud jako nezbytné opatření také nařídit ústavní výchovu. Učiní tak zejména tehdy, kdy dříve učiněná opatření nevedla k nápravě. Soud přitom vždy zvažuje, zda není na místě dát přednost svěřením dítěte do péče fyzické osoby* (Zákony pro lidi, online, cit. 2020-06-16).

Vypsat veškerá specifika a rizika, která ústavní zařízení přináší do života dětí, by přesáhlo mnohonásobně počet stran v této práci. Shrneme celou problematiku názory profesora Matějčka (2017, s. 48–50), který citové strádání od dětství považuje za závažné a nebezpečné. Na vývoji lidského charakteru se to odrazí bezcitností, citovým chladem a nezájmem vůči okolí. Citové podněty nejsou citově deprivovaní lidé schopni přijímat ani vracet, a to se později odrazí ve vztazích, v pracovním kolektivu. Doplňme to i další odbornou publikací, podle níž má citová deprivace vliv i na kognitivní funkce. Děti nedokáží rozumové schopnosti účelně využívat, nejsou schopné porozumět vlastnímu chování ani chování ostatních, jsou bez kritického sebe náhledu. Může to zasáhnout i širší sociální kontakt a zredukovat řečové stimulace. Nejsou empatičtí a nedokáží se orientovat v sociálním prostředí, jsou bez zábran v sociálním kontaktu (Vágnerová, 2014, s. 546–547).

Některé děti vyrůstající v ústavní péči mohou být pasivní, apatické, jiné se zase úmorně domáhají svého práva na lásku, vynucují si pozornost, provokují, dělají naschvály, jsou zlé a útočné vůči druhým dětem, v nichž vidí konkurenci v boji o zájem dospělé autority (Matějček, 2017).

3.3 Náhradní rodinná péče

Psychologické výzkumy ukázaly, že nejlepší náhradou za vlastní rodinu je zase rodina. Do náhradní rodinné péče řadíme pěstounskou péči. Mezi formy pěstounské péče patří péče příbuzenská, zprostředkovaná nebo péče na přechodnou dobu. Principy rodinné výchovy v náhradní péči by měli zahrnovat uspokojování psychických potřeb dítěte, hloubku a trvání citových vztahů a „společnou budoucnost“, která je klíčovou charakteristikou rodinné výchovy. Vychovatel, pěstoun vytváří a buduje budoucnost dítěte s radostí a potěšením. Pouze v rodině má dítě možnost poznávat bohaté předívno sociálních vztahů a vlastní vztahy k okolí. *„Poznává vztahy „svých lidí“ k věcem, ke zvířatům, k práci, k myšlenkám, k ideálům“* (Matějček, 2017, s. 32).

3.4 Nízkoprahová zařízení, socializačně-aktivizační centra

Nebudeme se opakovat, když zdůrazníme, že tak složité sociální situace nejsou jen problémem rodin s dětmi, ale celé společnosti. Ať už je dítě jakkoli sociálně znevýhodněné, vždy je nutné hledat kompromisy, které tíživou situaci aspoň trochu ulehčí, členy rodiny poučí a vhodně nasměrují k řešení. Jako příklad pomáhající organizace bychom mohli uvést například obecně prospěšnou společnost Maják v Liberci, která byla založena v roce 1999 Sborem Jednoty bratrské v Liberci a Nadací Euronisa. Posláním Majáku je napomáhat při řešení rizikového chování rozšířeného mezi dětmi, mládeží a mladými dospělými, a to jak preventivním působením na základních a středních školách, tak při řešení již vzniklých rizikových situací pomocí odpovídajících programů, volnočasových aktivit a sociálních služeb. Jak už z představení společnosti vyplývá, tým odborníků se snaží dětem a mládeži zajistit vhodný program pro volný čas, doučování a sociální poradenství. V rámci nízkoprahových sociálních služeb, na které se lze objednat, můžou klienti řešit různě závažné otázky rizikového chování a nežádoucích vztahů jak doma, ve škole, tak mezi vrstevníky. Společnost pořádá tábory, koncerty a sportovní akce.

Součástí Majáku jsou i zájmové kluby, dílny pro mládež a podobně. Je zajímavé, že tato společnost nabízí i výkony obecně prospěšných prací při výkonu alternativních trestů pro mladistvé, kteří to mají nařízené jako výchovná opatření soudem pro mládež.

V pomoci rodinám nelze opomínat i sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, obsažené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jsou zařazené mezi služby sociální prevence, které pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, jež jsou ohroženy z důvodu krizové finanční a bytové situace, díky konfliktům se společností, lidem ze sociálně znevýhodňujícího prostředí apod. Rodinám nelze upírat jejich práva a povinnosti, mají právo na bezplatné poradenství.

„Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (Bechyňová, Konvičková, 2008, s. 33).

Autor Němec (2019, s. 19) ve své publikaci uvádí jako významnou spolupráci školy se sociálními pracovníky. *„Škola by měla mít přehled o tom, které neziskové nebo jiné instituce v lokalitě zajišťují pro rodiny znevýhodněných žáků sociální poradenství a sociální služby – zejména tzv. sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (známé také pod zkratkou SAS) a služby nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (známé také jako NZDM). Spolupráce školy s těmito službami může mít charakter preventivní – s cílem zajistit žákům doučování v rodinách dříve, než u nich dojde ke školnímu selhávání, nebo s cílem nabídnout žákům volnočasové aktivity dříve, než u nich dojde k rozvoji problémového chování“*.

3.5 Dětské psychiatrické oddělení

V roce 1933 je v rámci medicíny vyčleněn speciální obor dětské a dorostové psychiatrie. Historicky významnými osobnostmi byli například Apetauer, Herfort. Koncept oboru bylo zajišťovat péči dětem a adolescentům do 18 let, kteří trpí duševní poruchou nebo klientům, kteří se ocitli v akutní krizové životní situaci (Hort a kol., 2008).

Psychoterapie dětí a adolescentů vyžaduje diagnostický a terapeutický proces. Tento proces není v žádném případě jednoznačný a už vůbec nelze tento obor podceňovat. Zdůrazňuje totiž biopsychosociální přístup, spolupůsobení biologických, psychologických

asociálních vlivů na vývoj dítěte, tzn. v jakém sociokulturním prostředí žijí, jací jsou jeho rodiče, jak se dítě navenek projevuje.

„Diagnostika psychických poruch v dětském věku musí být zaměřena nejen na klinické psychopatologické syndromy, ale i na další důležité okolnosti vývoje dítěte (osobnost a intelekt, psychosociální kontext rodiny, školy a vrstevnické skupiny, na problémy v somatickém vývoji a zdraví dítěte)“ (Kocourková a spol., 2008, s. 458).

U hospitalizovaných dětí se uplatňuje multimodální terapie. Skladbu terapeutických intervencí tvoří farmakoterapie, psychoterapie a socioterapie. V prostředí oddělení dětské psychiatrie se mimo uvedené terapie můžeme setkat s relaxačními cvičeními, arteterapií a muzikoterapií. Děti bývají kreativní a citlivé a kolikrát spoluvytváří podmínky pro pobyt, seznamují se s ostatními spolu pacienty a srovnávají si svou situaci s ostatními. Málokdy si o hospitalizaci požádá dítě samo, většinou je odkázáno k pobytu jiným odborníkem, ale záleží na rodiči, jak bude s personálem spolupracovat, jak bude schopno dohlédnout a zhodnotit léčebný proces u svého dítěte.

Komunikace klientů s personálem vyžaduje důvěrný vztah, vzájemné naslouchání a respekt. Některé děti si hospitalizaci vysvětlují jako trest, některé se špatně adaptují. Pro dítě je důležitý dospělý, který je chápavý a s nímž se může identifikovat. Namísto jsou nejen terapeutické postupy, ale i adaptivní schopnosti, frustrační tolerance a sebeocnění dítěte a mladistvého (Kocourková a kol., 2008). V pedopsychiatrické péči je kladen důraz na psychoterapii a socioterapii. V oblasti terciární prevence je důležitá sociální pracovnice, která spolupracuje s rodinou a je na ni kladena velká zodpovědnost. Je nutná spolupráce rodiny, všech jejích členů. Základní terapeutickou orientací pracovníka je jeho empatie, vřelost a autentičnost. Cílem je jistit vztahy k přítomnosti a obracet pozornost k budoucnosti. V mnoha případech jde o růst osobnosti, pomocí terapeuta, který se na chvíli může stát fungující autoritou. V případě dětí, které pocházejí z nevhodného sociálního prostředí, může být takové setkání s terapeutem zásadní. Ten vnímá budoucnost dítěte v tom nejlepším pozitivním měřítku (Hort a kol., 2008, s. 397–398).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4 Vlastní výzkumné šetření

Výzkumný problém se týká dětí hospitalizovaných na dětském psychiatrickém oddělení, převážně pro poruchy chování a přizpůsobení. Výběr tématu souvisí s letitou praxí autorky na oddělení dětské psychiatrie, ve které pracuje jako zdravotní sestra. Dětskou psychiku formují převážně dospělé autority a zažitá zkušenosti. Přístup k výzkumu v tomto prostředí nabývá ale jiného významu, protože klientům jsou předkládány jiné vzorce chování, specifické intervenční postupy, zásady a povinnosti vyplývající z režimu oddělení a skupina spolupacientů s odlišnými diagnózami.

V tomto prostředí se mísí intervenční postupy jak zdravotního personálu, tak speciálních pedagogů. Za zmínku ale stojí i referenční skupina spolupacientů, kteří mají své specifické projevy a potřeby a jsou další skládkou v prožitcích a kritickém sebeprosazování.

V teoretické části byly popsány funkce rodiny, vztahové vazby a okrajově sekundární socializační činitele (vrstevníci, škola). Obecně řečeno vliv sociálního prostředí na osobnost člověka a vztahové zákonitosti s tím související. Z teoretické části je patrné, že problémové chování a ztížená komunikace není v mnoha případech záležitostí pouze rodiny, ale celé společnosti. Primární socializace ovlivní chování člověka a právě sociální znevýhodnění dítěte může mít ve svém konečném důsledku trvalý dopad na jeho psychiku a vyžaduje zásah odborníků. Ve druhé části práce je rozpracováno vlastní výzkumné šetření.

Sociální prostředí, ze kterého dítě přichází, jeho charakteristické rysy a vývojové procesy, obecně socializační působení se promítnou do osobnosti klienta a mají nemalý vliv a svůj podíl při adaptaci na oddělení, v němž působí zcela odlišné socializační a motivační činitele. Problémové chování v tomto případě není důsledkem jen zátěžového rodinného nebo sociálního prostředí, ale je dáno i vývojovými aspekty, dospíváním, které jsou v konfliktu s prožívanou realitou a uvědomělými procesy socializace. Výzkumné šetření není jen sondou do charakteristik dětí sociálně znevýhodněných, ale má zachytit jejich vnímání v širším pojetí.

4.1 Metodologie výzkumu

Vzhledem k tomu, že výzkum této diplomové práce je soustředěný na skupinku hospitalizovaných dětí školního věku s poruchami chování a přizpůsobení, využívá se k metodologii výzkumu případová studie, jež lépe zachytí určité zákonitosti a souvislosti v projevech dětí, které se po svém adaptují na tíživé sociální situace a potřebují k tomu zásah odborníků a vstřícný přístup autority. V empirickém šetření se proto snažíme zmapovat životy klientů prostřednictvím spisové dokumentace, z rodinné a osobní anamnézy v ní obsažených a částečně i díky rozhovorům s konkrétními klienty zařízení, abychom ze získaných dat mohli vyzkoumat a interpretovat jejich chování v prostředí psychiatrické nemocnice.

Dle odborné literatury se případovou studií rozumí rozbor sociální skutečnosti. Náš výzkum zjišťuje ve specifické skupině dětí z dětské psychiatrie příčiny, souvislosti, vzájemnosti a důsledky pramenící ze sociálního znevýhodnění. Jde obecně řečeno o popis vztahů a jejich odlišností, které se projektují do sociálního prostředí a které mají svůj klíčový původ v rodinném zázemí. Díky tomu je zachycen zkoumaný případ v kontextu reálného života a pomáhá hlouběji pochopit zkoumanou skutečnost, aspekty života jedince s porovnáním s jinými.

Dle autora Hendla (2005) se předpokládá, že podrobným prozkoumáním jednoho případu můžeme porozumět těm dalším s podobnými rysy, což může vést ke konci výzkumu k odpovědím a hypotézám na dané téma. Na konci studie se zkoumaný případ vřazuje do širších souvislostí. Může se srovnat s jinými případy, provádí se také posouzení validity výsledků. *„Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům“* (Hendl, 2005, s. 104).

4.1.1 Metoda sběru dat

Metoda sběru dat je důležitou součástí výzkumu. Pomáhá nám hledat vztahy mezi jednotlivými aspekty a pomáhá porozumět problému. Klade nám otázky, co chceme vědět a co chceme pochopit. K tomuto kroku je zapotřebí dlouhodobějších poznatků z daného prostředí a navození přístupu ke klientovi s důvěrou a s důrazem na širší souvislosti jeho

adaptačních mechanismů. V této práci tedy aplikujeme kvalitativní výzkum, ve kterém se zkoumá do hloubky menší výzkumný vzorek ve všech jeho souvislostech.

Dle autora Miovského (2006) má vymezení případové studie jako výzkumného přístupu své oprávnění, protože taková studie se může provádět pomocí různých výzkumných metod (pozorováním, individuálními rozhovory, diskusí v ohniskové skupině apod.). Jedná se o přístup celostní, holistický, jenž se snaží poznat podstatné složky případu. Cílem je interpretace získaných dat, získání informací pro takové účely, aby nám pomohly hlouběji prozkoumat daný sociální prostor, jak analyzovat nasbíraná data a jak hlouběji pochopit zkoumanou kohortu (klienty s podobnými charakteristickými rysy).

Informace byly získány ze spisové zdravotnické dokumentace. Tyto informace byly využity jako hlavní vodítko v rozboru případových studií. Jsou v nich uvedeny základní údaje o klientovi. Je samozřejmé, že nebudou uvedeny identifikační údaje o klientech vzhledem k zákonu na ochranu osobních dat (č. 110/2019 Sb.).

Pro účely výzkumného šetření bylo také využito zúčastněné pozorování, kde se pozorovatel zapojuje do skupiny a spolupodílí se na jejím životě a aktivitách. Při zúčastněném pozorování se výzkumník pohybuje v prostoru, kde se vyskytují zkoumané jevy. Mezi pozorovaným a pozorovatelem (výzkumníkem) dochází k interakci (Hendl, 2005).

Zúčastněné pozorování probíhalo od měsíce února do měsíce května roku 2020 na dětském psychiatrickém oddělení. Jako výzkumný vzorek bylo vybráno sedm respondentů, kteří byli hospitalizováni na tomto oddělení převážně s poruchami chování a emocí.

Výzkumník zapisuje své subjektivní dojmy podle toho, co vidí, a následně píše denní hodnocení do ošetřovatelského záznamu a do systému bodování, které každý následující den hodnotí psycholog a lékař zdejšího oddělení. Při pozorování se pozorovatel zaměřuje na adaptační proces dětí, jejich sociální interakci, aktivní nebo pasivní zapojení do denních aktivit, dodržování režimu. V neposlední řadě písemně hodnotí respektování autorit a zvládání obtížných situací v léčebném procesu.

Další metodou výzkumného šetření byl nestrukturovaný rozhovor, který patří mezi metody kvalitativního výzkumu. Není předem určena struktura rozhovoru, znění ani pořadí otázek,

výzkumník se nesnaží získat stejnou informaci od každé dotazované osoby. Jde o vzájemný dialog, který je založený na důvěře mezi respondentem a výzkumníkem. Vedení rozhovoru by mělo přirozeně vycházet ze situace, bez nátlaku na dotazovaného a s jistým taktem a pochopením, aby to respondentovi nepřišlo dotěrné nebo zavádějící. *„Vedení kvalitativního rozhovoru je umění i vědou zároveň. Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu“* (Hendl, 2005).

Při zpracovávání jednotlivých kazuistik byl tedy kladen důraz zejména na získání informací spojených s chováním dětí ve skupině, dodržování režimových opatření a respektování dospělých autorit a jaké z toho vyplynuly souvislosti ve spojitosti s jejich sociálním znevýhodněním.

Sběr dat se uskutečnil v archivu dětského psychiatrického oddělení, kde je vedena veškerá zdravotnická dokumentace klientů, kteří tímto zařízením prošli v rámci léčebného režimu. Pokud se zaměříme na rozbor dat studií dokumentace dětských klientů, budou nás zajímat tyto části případových studií. Rodinný profil, osobnostní profil, současný stav, nynější onemocnění, ošetřovatelské anamnézy včetně hodnocení projevů dítěte v sociální interakci, jeho aktuální adaptační proces a sebeprosazování v kolektivu. Epikríza zase slouží jako shrnutí charakteristických projevů klienta v tomto sociálním prostředí a s jakými výsledky u něj proběhly psychologické testy, prováděné v rámci hospitalizace paní psychologkou. V uvedených spisech se zakládá i informovaný souhlas s hospitalizací, různá vyšetření z poraden, z nemocnic, z ústavů, od sociálních pracovníků apod. Pokud je dítě evidováno i na oddělení kurátorských činností, má záznam ve spisu Om, který není součástí této spisové dokumentace. Přístup k informacím ze spisové dokumentace byl zajištěn se souhlasem primářky psychiatrického oddělení a se souhlasem zákonných zástupců dětí uvedených v kazuistikách.

4.1.2. Analýza získaných dat

„Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kde jsou zájemcům k dispozici přesné návody, kdy zvolit který postup statistické analýzy dat, u případových studií není situace tak jednoznačná. Nejsou pro ně vyvinuty speciální analytické postupy“ (Hendl, 2005).

Jak bylo řečeno v uvedené citaci, analýza získaná pouze z dokumentací a zpráv nepostačuje zcela k výzkumným cílům případových studií. Ve zpracování získaných dat hrají roli profesní zkušenosti s dětmi v daném oboru, znalost diagnostikovaných projevů, sociální objektivní citění, znalost komunikačních technik, včetně kritického pohledu na věc, střídme a nezaujaté posuzování rizik a pozorování očima odborníka.

Případové studie tak nejsou zcela totožného charakteru, ale mají společné rysy. Pro potřeby výzkumného šetření byli vybráni respondenti (děti a mládež), kteří spadají do určité kategorie sociálního znevýhodnění, a lze u nich identifikovat společné rysy případů. Pokud se na chvíli vrátíme k teoretické části této práce, budou zkoumanou skupinu tvořit děti z neúplné rodiny, z dysfunkční rodiny, z ústavního zařízení a v neposlední řadě dítě, které má v dokumentaci uvedeno jako důvod k přijetí citové zanedbávání, syndrom CAN. Jejich společným jmenovatelem mohou být špatné sociální interakce a patologické vnímání sociální reality. V tomto zařízení budou hrát důležitou roli jejich nynější „životní“ podmínky, jejich aktuální sociální interakce a míra snahy o zdravé sebehodnocení, sebezprosažení.

„Pracovníci praktické psychiatrické služby (psychiatři a psychologové ve zdravotnické službě) hledají oporu pro potřeby diagnostiky, prevence a nápravy v zaměřených studiích anamnestických a katamnestických na větších skupinách pacientů v „přirozených“ životních podmínkách“ (Matějček a kol., 2011, s. 37).

V dalších krocích kvalitativního výzkumu jsou další informace prezentovány tak, aby co nejlépe vystihovaly danou situaci a vedly v této práci ke kýženému cíli, kterým je zjištění, jaké má sociální znevýhodnění dětí vliv na poruchy chování a přizpůsobení.

4.2 Výběr výzkumného vzorku

Pro výzkum diplomové práce byla vybrána skupina sedmi klientů (3 chlapci a 4 děvčata) ve věku 11–17 let. Děti a mládež, které projdou oddělením dětské psychiatrie, mají většinou za sebou vyšetření v ambulancích psychiatrického lékaře nebo jsou odkázáni pracovníky pedagogicko-psychologické poradny k dalšímu hodnocení situace. Někteří z nich mají zkušenosti ze středisek výchovné péče nebo dětských diagnostických ústavů. Nemálo dětí svoje dětství tráví odloučené od biologických rodin, v dětských domovech,

v pěstounské péči. Po prvním vyšetření psychiatrickým lékařem je rodinám nabídnuta další spolupráce, opakovaná kontrolní vyšetření a v akutních případech hospitalizace. Většina dětí se přijímá pro agresivní rapt, psychotické stavy nebo po suicidálním pokusu téměř okamžitě po propuštění z nemocnice. Nemalou skupinu tvoří dívky s mentální anorexií a většina dospívajících je hospitalizována pro sebepoškozování a užívání návykových látek. Pokud se jedná o děti, které vykazují prvky rizikového chování nebo žijí v rodině, ohrožené sociálním vyloučením, tak ty jsou v péči odborných sociálních pracovníků z Oddělení sociálně právní ochrany dětí a souběžně i v péči kurátora, který s tímto zařízením pravidelně spolupracuje. Součástí zařízení je i škola při nemocnici, ve které jsou dětem k dispozici speciální pedagogové.

Zkoumaný vzorek v této práci budeme úžeji specifikovat. V diagnózách klientů se vyskytují smíšené poruchy chování a emocí, hyperkinetická porucha chování, citová deprivace, porucha chování při LMR, depresivní porucha chování, ADHD, porucha aktivity a pozornosti apod. Když se zaměříme na jejich rodinnou anamnézu, kterou můžeme vyčíst z dokumentace, pocházejí tyto děti z neúplné nebo dysfunkční rodiny, dvě děti mají zkušenost s ústavní péčí a jedno z nich má v dokumentaci uvedeno emoční (citové) zanedbávání.

Pojem sociálního znevýhodnění, který je hlavním východiskem pro porozumění zkoumaného jevu, byl zčásti objasněn v teoretické části. V našem výzkumu bude ale nabývat hlubšího významu pro svůj negativní dopad na psychiku dětí. Můžeme si vytvořit kategorie, do nichž zasuneme pár důvodů, které vedou k sociální zátěži u dítěte a jeho obrannému mechanismu. Do jejich sociální reality dlouhodobě negativně zasahoval rozvod, konflikty rodičů, výchovný vliv nevlastního rodiče, nezáměr a citové strádání od biologického rodiče, výchovná insuficience, agresivita, alkoholismus, genetické zatížení z rodin, špatná sourozenecká konstelace, rivalita a v neposlední řadě nízký socioekonomický status rodin a nestabilní bytová situace a vliv part.

V našem případě se zaměříme tedy na děti, které mají výchovné problémy spojené s nepodnětným nebo konfliktním rodinným prostředím, V takových rodinách chybí důslednost, řád. Jak se ale budou projevovat děti z ústavní péče, které od své rodiny cítí

odmítání, despekt a žárlí na své sourozence žijící společně s jejich rodičem nebo jakou roli v rodině sehrává chybějící autorita?

4.3 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo prozkoumat u hospitalizovaných dětí školního věku vliv sociálního znevýhodnění na jejich psychiku, ve které se projevují špatné autoregulační mechanismy, malé sebehodnocení a také poruchy chování a přizpůsobení. Ve výzkumném šetření je také kladen důraz na socializační činitele, působení autorit ve specifickém prostředí dětské psychiatrie společně s adaptačními a motivačními mechanismy hospitalizovaných dětí.

Cílem práce je tedy nejen vyzkoumat vliv sociálního prostředí na projevy v chování u dospívajících, ale také zjistit, do jaké míry budou jejich intervenci a socializaci ovlivňovat socializační činitele v prostředí oddělení dětské psychiatrie. Kvalitativní metodologie proto nejvíce vyhovovala zkoumané reflexi v prostředí tohoto zařízení.

4.3.1 Dílčí cíle výzkumu, stanovení výzkumných otázek

Na hlavní cíl výzkumu se však váží i další oblasti, které mohou děti limitovat v sociální interakci a nápravám v poruchách chování. Výběr oddělení dětské psychiatrie pro výzkumné šetření byl zcela zásadní. Psychika dítěte jde ruku v ruce s rodinným zázemím a obojí se zrcadlí v soužití s lidmi ve společnosti, ve škole. Na oddělení dětské psychiatrie ale nabývá projev dětí zcela jiný význam. Hlavní roli zde hraje režim oddělení, působení jiných výchovných autorit, doba hospitalizace a vliv medikace.

Při práci na dětské a adolescentní psychiatrii člověk narazí na opravdové odborníky a lidi, kteří vnímají citlivě dětskou psychiku a dávají této práci nemalý smysl. Kolikrát není jednoduché najít jednotný způsob komunikace, mění se životní podmínky a chybí motivace a síla k řešení problémů. To se promítá i do chování dětí v nouzi.

Dysfunkční prostředí domova, špatné výchovné vzorce, přítomnost nevlastního rodiče mohou u dítěte způsobit selhávání školního prospěchu, obtížné začleňování do kolektivu, únik z vypjaté rodinné situace ve formě toulání a nevhodného trávení volného času, citovou deprivaci. Proto se vybrané případové studie zaměřují na popis dětí s poruchami

chování hospitalizovaných v nemocnici. Zajímá nás, jak dalece se adaptují na režim oddělení, léčebné procesy a jak mezi sebou ve skupině komunikují. Sociální interakce je hlavním vodítkem v jejich hodnocení a má svá specifika dle diagnóz zkoumaného vzorku.

V dysfunkční rodině bývají často konflikty, hádky, narušené vztahy mezi jejími členy. V neúplné rodině chybí jedna autorita a jistá důslednost ve výchově, což může u dítěte způsobit poruchy v chování a problematické začleňování do kolektivu vrstevníků. Děti nemají většinou vytvořené sociální návyky, mají nízký frustrační práh. Děti z ústavní péče mají daný pevný režim, stanovená pravidla a jsou vedeni respektovat authority, v popředí je budování kladných sociálních vztahů a sociální jistota. S ohledem na výše uvedené definice je třeba zjistit, **zda je přijímání autority významnější u dětí z dysfunkčních rodin nebo u dětí z ústavní péče.** V anamnestických údajích klientů bývá pokaždé zaznamenána rodinná situace, rodinná anamnéza. V závěru a plánu péče lékař vypíše hlavní důvody příjmu k hospitalizaci. Jsou v něm uvedeny například pojmy citová deprivace, výchovná insuficience, disharmonický vývoj osobnosti, narušené vztahové vazby k rodiči, funkce, úplnost či neúplnost rodiny apod. Na základě rodinných a osobních anamnestických údajů vytvoří lékař oddělení dětského oddělení dekurs (spisovou dokumentaci) s ordinačními a terapeutickými pokyny pro ošetrovatelský personál. Nechybí v něm zmínka o projevech dětí, jejich nynější onemocnění a uvádí se i vhodné terapeutické přístupy a techniky dle situace na oddělení. Ve spisech je specifikováno, jak dítě při příjmu spolupracuje, jak vnímá danou skutečnost a jaké jsou jeho hlavní projevy. Vliv rodiny je prvním ukazatelem v procesu socializace dítěte a dysfunkce rodiny je prvním a hlavním znakem sociálních obtíží klienta.

Vzhledem k tomu, že většina klientů oddělení dětské psychiatrie citově strádá a poutá na sebe často pozornost, bývá agresivní s manipulativními sklony, špatně přijímá cizí autoritu, mělo by být další otázkou zjištěno, **zda je poutání pozornosti významnější u dětí z dysfunkční rodiny anebo u dětí z ústavní péče.** V ošetrovatelských záznamech zdravotnický personál denně uvádí subjektivní i objektivní projevy v chování dítěte. Z teoretických východisek je zřejmé, že zanedbávané dítě může žít ve svém přirozeném prostředí a může mít „naději“ lásky rodiče, zato dítě z ústavní péče bude bojovat o pozornost s ostatními cizími lidmi, může být neempatické, surové (agresivní) nedůvěřivé,

emočně ploché a často se nesprávně identifikuje s dospělou autoritou vychovatele. Hodně je zde v popředí zájmů působení výchovných autorit. Deprivační chování klienta má jisté ukazatele v sociálním prostředí, má jisté charakteristické známky, které lze díky znalosti vývoje dětské osobnosti lépe vyzkoumat a porovnat s citovým zanedbáváním dítěte, které žije ve svém přirozeném prostředí. Pojmem zanedbanost rozumíme na rozdíl od citové deprivace následky vnějších nepříznivých výchovných vlivů, které ale ve svém důsledku nemusí tolik narušovat duševní zdraví dítěte.

Pro socioterapii a psychoterapii jsou důležité aktuální projevy dítěte, jeho spolupráce a snaha v terapeutickém procesu. Komunikace je hlavním východiskem pro vzájemný důvěrný vztah. Dítě se v kolektivu různě prosazuje, vynucuje si své potřeby, učí se začleňovat do kolektivu nebo se ve skupině dožaduje dominantního postavení. To se může projevat agresí, lží nebo introvertním chováním. Nemálo se v projevech dětí na tomto oddělení můžeme setkat se skrytou agresí, neempatií a účelovým vypočítavým chováním. V anamnézách rodičů se můžeme setkat s agresí a násilným chováním ke členům rodiny. Další otázkou v našem výzkumu tedy je, **jaké jsou příčiny agresivního projevu dítěte**. Dítě si z rodiny přenáší jisté výchovné vzorce, identifikuje se s dospělou osobou, zastává určitou sociální roli v rodině. Významné mohou být sourozenecké střety a rivalita, která může způsobit v konečném důsledku problematické chování. Hodně klientů dětské psychiatrie bývá obětmi šikany nebo jsou ve školním kolektivu agresory a manipulátory. Pocity jistoty a bezpečí pramenící ze zdravě fungující rodiny jsou u těchto dětí na hony vzdálené realitě. Děti k sobě bývají většinou zcela nekritické, bez uvědomění si svých následků v chování. Zato mají velmi kritický přístup ke svému okolí.

Konfliktní jednání a negativní sebeprosazování je dalším činitelem tohoto socializačního procesu. Frustrované dítě je o to víc konfliktní, pokud nemá stanoveny hranice, meze svého jednání a konání a jeho soužití v rodině je bezcílné a bez smysluplného trávení volného času, bez zájmové mimoškolní aktivity. Působení rodičovské autority je bezúčelné a konfliktní. Rodiče takových dětí jsou pracovně hodně vyčerpáni nebo mají své sobecké potřeby, které upřednostňují před výchovou svých dětí. Rodič může některé dítě více protěžovat před od ostatními sourozenci, může uplatňovat nevhodný výchovný styl.

Nemají dostatek materiálních prostředků nebo řeší špatnou bytovou situaci. Další otázkou tohoto výzkumného šetření bylo zjistit, **jak může projevy chování dítěte ovlivnit rodina.**

Pro některé klienty je to první pobyt na oddělení a první zkušenost s prostředím dětské psychiatrie, někteří přicházejí opakovaně na stabilizační pobyty nebo pro akutní stavy, které vyžadují rychlou intervenci. Mnoho klientů přichází i z dětských domovů, z výchovných ústavů, z pěstounské péče a ve výčtu léčebných procedur k nim přibývá i resocializační působení. Děti, které vyrůstají v náhradní rodinné péči, mají odlišné motivační snahy a potřeby než dítě ze své přirozené rodiny. Přístup rodiny k problémům dítěte může vyvolat ambivalentní pocity a míru snahy ke zlepšení. U hospitalizovaných dětí probíhá většinou od prvního dne příjmu týdenní adaptační proces, který zahrnuje pobyt v budově bez možnosti vycházek, pobytu na zahradě v areálu nemocnice. Spolupráce dětí se zapisuje do denních hodnocení a je vytvořený systém bodování. Bodovací systém zahrnuje jak plnění školních povinností ve škole, která je součástí nemocnice, tak plnění léčebného režimu a zapojení se do nabízených aktivit. Pokud je dítě z domova zvyklé například na facebook, hry na počítači, tak bude mít s adaptací větší problém, protože tyto aktivity jsou zakázané. S režimem oddělení jsou děti i jejich zákonní zástupci seznamováni již při příjmu. Otázku hraje i fáze odloučení dítěte od rodičů a mentální a sociální zralost dítěte.

Nemalý vliv na osobnost dítěte mají jeho vrstevníci. Adolescenti potřebují vynikat, mít dominantní postavení ve skupině. Pokud dítě nebudí respekt v rodině, dohání to u svých vrstevníků, kamarádů. Dítě, které se cítí vyčleněno z kolektivu, nemá schopnosti se seznamovat, bude do komunikace projektovat třeba i vymyšlené představy a potřeby, bude se předvádět, provokovat. Může evokovat poruchy chování a nebude sebekritické. Poslední otázkou výzkumného šetření je, **zda na míru adaptace může mít vliv působení vrstevníků s rizikovým chováním.** Zejména děti, které se pohybují v prostředí part a užívají návykové látky, mohou vnést mezi své vrstevníky na oddělení dětské psychiatrie nekld, prvky rizikového chování a patologické vzorce chování.

4.4 Průběh průzkumu

K výzkumnému šetření této diplomové práce bylo zapotřebí sběru dat. Pro následující kapitolu, v níž budou uvedeny případové studie, bylo proto zapotřebí, jak bylo řečeno,

využití kvalitativních výzkumných metod, mezi které patří získávání informací ze spisové dokumentace, zúčastněné pozorování a rozhovor, v tomto případě nestrukturovaný rozhovor. Tento rozhovor se zaměřil na rodinné zázemí a vztahy k autoritě, na zájmy dětí, schopnost navazovat přátelství s vrstevníky a na jejich způsob řešení konfliktních situací. Zároveň výzkumníka zajímalo, jak a proč se klienti snaží poutat pozornost.

Rozhovory probíhaly v průběhu tří měsíců, kdy byl výzkumník v častém kontaktu s klienty oddělení v rámci pracovního procesu. Rozhovory nebyly nahrávány, protože měl výzkumník obavy ze ztráty důvěry klientů a také proto, že pro nahrávání by býval nutný souhlas zákonných zástupců. Získané informace si výzkumník pouze zaznamenával formou poznámek a do hodnocení (ošetřovatelského záznamu) pro pozdější využití.

4.4.1 Rozhovor s cílovou skupinou

Jestli se zaměříme na adaptační proces hospitalizovaného dítěte, bude se tato adaptace odvíjet od jeho osobnostních charakteristik a nastavení medikace. S tím bude souviset i jejich spolupráce s personálem a schopnost začlenění do kolektivu ostatních pacientů dětského psychiatrického oddělení. Hospitalizace může rozvíjet spontánní nebo účelové chování a jednání. Jejich dodržování režimu na oddělení se bude odvíjet od toho, jakou budou mít zkušenost se sociální realitou a jaké budou mít vytvořené sociální návyky. Sociální prostředí klientů jim utváří jejich schopnost se prosazovat v kolektivu, udává míru bezpečí, sociální jistoty. Pokud je cílem práce zhodnotit vliv vnějších sociálních činitelů na jejich psychiku, pomáhal výzkumníkovi nestrukturovaný rozhovor, který byl získáván průběžně při pracovním procesu výzkumníka na oddělení dětské psychiatrie. Vždy se jednalo o spontánní a nenásilnou formu dotazování a ve vhodném časovém úseku dne. Většina klientů si měla potřebu si o svém problému povídat, ale vždy to muselo být na bázi důvěry a vzájemného pochopení. Odpovědi respondentů budou shrnuty i s výsledky pozorování do níže vypsanych kazuistik.

4.5 Kazuistiky

4.5.1 Kazuistika č. 1

Chlapec J. (16 let) je několik let vedený v ambulantní péči pedopsychiatra pro poruchy chování, ADHD, disharmonický vývoj osobnosti. Chlapec se narodil v 36. týdnu pro

matčino onemocnění. V dětství býval často nemocný, neprospíval. Většinou se jednalo o psychosomatické projevy vyvolané bezútěšnými rodinnými podmínkami. Na kontroly chodí v doprovodu matky celkem pravidelně. Byl sledován i v několika poradnách odborných lékařů pro somatické projevy. V poslední době je z důvodu záškoláctví vedený u sociálního kurátora na oddělení kurátorských činností při městském úřadu.

Na dětském psychiatrickém oddělení byl hospitalizovaný už poněkolikáté. V diagnóze při příjmu se uvádí hyperkinetická porucha chování a adolescentní krize (krize dospívání).

Mezi jeho zájmy patří malování, florbal, kolo. Po základní škole by se chtěl vyučit truhlářem. Ve škole má zhoršený prospěch kvůli častým absencím ve škole.

Co se týká terapie pomocí medikace, odmítá ji brát. Dle matky si syn nemyslí, že by mu pomáhala usměrňovat jeho výkyvy v chování a impulzivitu.

Z rodinné anamnézy vyplývá, že chlapec žije v neúplné rodině pouze s matkou, která je v invalidním důchodu. S otcem chlapce se matka rozešla před jeho narozením. Matku fyzicky týral, dítě nechtěl, chlapec ho nezajímal. V rodičovské anamnéze je u otce zaznamenán abusus alkoholu a sklony k agresivitě. Chlapec není s biologickým otcem v kontaktu. Matka má v současné době přítele, s kterým si J. rozumí, ale stejně pro něj není dostatečnou autoritou, nebydlí spolu ve společné domácnosti. Sourozence nemá. J. si s matkou naprosto nerozumí, je k ní často vulgární, opoziční, slovně agresivní, cítí k ní velkou nenávist. Z toho pramenily v minulosti časté toulky J. dlouho do noci, záškoláctví. Matka si s ním neví dlouhodobě rady a pravidelně spolupracuje s oddělením sociálně-právní ochrany dětí, protože cítí, že ve výchově selhává. Snaží se synovi zajistit diagnostický pobyt v Praze pro zhoršené chování a komplikovaný vztah k matce.

Nynější onemocnění je ve spisech uvedeno jako zhoršené chování, ADHD. Při příjmu byl orientovaný, spolupracoval, nebyl tolik opoziční, byla patrná plošší emotivita, nižší frustrační práh. V minulých letech zažil traumatický zážitek v rodině, který mu nastartoval disharmonický vývoj osobnosti.

Jedná se o opakovaný pobyt na oddělení. Z pozorování bylo zjištěno, že povinnosti a režim oddělení chlapec celkem dodržuje. Pokud vycítí dominantní postavení v kolektivu, působí drze a nevhodně vtipkuje na úkor slabších pacientů. Chlapec se v tomto prostředí dobře

orientuje, zná ho, režim zdejšího oddělení mu celkem vyhovuje. Má nastavená pravidla, není opoziční. Z písemného hodnocení chlapce a z pozorování je patrné, že chlapec je společenský a kamarádský. Nabízené aktivity neodmítá a do léčebného režimu se plně zapojuje. Rád si povídá se svými vrstevníky. Medikaci užívá, protože ví, že by tím porušil režim oddělení. Je to čistě účelové chování. K dospělé autoritě se staví lehce s despektem. V kolektivu personálu jsou samé ženy, je k nim lehce nedůvěřivý, odměřený. Nemá rád, když ho někdo do něčeho nutí, snižuje jeho autoritu. Nemá rád kritiku. Pobyt na oddělení celou dobu celkem zvládal. Nejhorší pro něj byly návštěvy matky na oddělení a její každodenní telefonáty, ve kterých mu nedala prostor k dialogu. Despekt a pohrdání matkou dával na vědomí i před personálem. Svou nevoli k matce projektoval chvílemi i do ošetrovatelského personálu a rád své okolí zatěžoval nejapnými poznámkami.

Z rozhovoru vyplynulo, že si s matkou nerozumí, neumí nu zajistit patřičnou autoritu, nenaslouchá mu. Do pracovních a školních povinností ho vyloženě nutí. Každou chvíli se hádají, protože mu nedává možnost se obhájit, prosadit se. Doma se dobře necítí, nemá tam mužskou autoritu, s kterou by si popovídal o svých problémech. Vadí mu, že ho matka víc nerespektuje, pořád mu jen něco vyčítá a stále se kvůli tomu hádají.

J. se často toulal hodně do noci, chodil za školu. Důvodem bylo domácí konfliktní prostředí a stále ho přepjatě kontrolující matka, jejich vzájemná nedůvěra.

J. i matka se snaží spolupracovat s obecně prospěšnou společností, aby u J. zajistila vhodné trávení volného času a doučování zmeškané látky. J. si rozumí s pracovníkem této společnosti, protože mu „nahrazuje“ chybějící mužskou autoritu. Chybí mu jistota v sociálních vztazích, jeho rodina je neúplná a chybí mu mužská autorita a smysluplné trávení volného času.

4.5.2 Kazuistika č. 2

Chlapec D. (13 let) je od předškolního věku vedený v ambulantní péči pedopsychiatra pro výraznou agresi, která se projevovala v kolektivu dětí v mateřské škole, poté ve škole, v zájmových činnostech. V minulosti byl hospitalizovaný na dětském oddělení pro afektivní záchvaty. V posledních letech je léčený s hyperkinetickou poruchou chování, s citovou deprivací. Chlapec v minulosti pobýval v diagnostickém ústavu pro časté toulky,

za které ho matka trestala. Do 12 let pobýval v dětském domově. S ústavní péčí matka souhlasila poté, co jí syn nerespektoval a byl agresivní na své dva nevlastní mladší sourozence. Dle slov matky byl výchovně nezvladatelný, celou situaci navíc komplikovala žárlivost na mladšího nevlastního bratra a ztížené dodržování režimu při dekompenzaci cukrovky. Několik měsíců před hospitalizací žil u své matky, ale vztahy se vyhrotily v konfliktní a komplikovaný vztah. Špatně se v rodině po ústavní péči adaptoval, výchovná autorita matky ho evokovala k dalšímu problémovému chování, tak ve spolupráci s oddělením sociálně-právní ochrany dětí navrhli pobyt na oddělení dětské psychiatrie.

Ve škole má horší prospěch, v minulosti dostal třídní důtku. Většinou ve škole nespolupracuje, vyvolává konflikty. Zájmy nemá, u ničeho nevydrží dlouho.

Z rodinné anamnézy vyplývá, že matka má základní vzdělání, pracuje jako prodavačka. Pravidelně užívá slabší antidepresiva. D. nyní bydlí ve společné domácnosti se svou matkou, jejím přítelem a s nevlastními sourozenci. D. k příteli matky nemá vytvořený citový vztah, neuznává ho jako dostatečnou autoritu, skoro se neznají. Biologický otec se s chlapcem nestýká. Důvodem rozchodu jeho rodičů bylo časté střídání zaměstnání otce, nepřispíval často na domácnost, nespolehlivost, alkoholismus a často fyzicky agresivně napadal chlapcovu matku. Otec matky byl agresivní na lidi i zvířata, týral i své rodiče.

Paní doktorka jako nynější onemocnění uvádí diagnózy smíšené poruchy chování a emocí, ADHD, citovou deprivaci. Dále v anamnéze uvádí nízký frustrační práh, výchovnou insuficienci, známky disharmonického vývoje, hetero a autoagresi.

Na oddělení byl přijat pro agresi vůči celé rodině. Po návratu z dětského domova se špatně adaptoval. Nemá dostatečně zafixovány sociální a hygienické návyky. Potřebuje neustálou kontrolu a dohled. Ve škole je konfliktní, rád se pere se spolužáky. Jeho impulzivitu a emoční labilitu zčásti vyvolává i jeho onemocnění cukrovkou. Žárlí na své dva mladší sourozence, hlavně na mladšího bratra, ke kterému je citově chladný a navádí ho k provokacím.

Ve spisu se dále uvádí, že bývá často úzkostlivý, nešikovný, vztahovačný, má výbuchy vzteku. Projevují se u něj typické poruchy chování, matce lže, krade jí peníze. Za ně si „kupuje“ kamarády a to, co se mu líbí.

U chlapce se jednalo o první pobyt na oddělení dětské psychiatrie. Z pozorování bylo zjištěno, že chlapec se zpočátku moc neprojevoval. Během prvních dní hospitalizace se seznamoval se spolupacienty, s režimem tohoto oddělení. Začal více komunikovat s okolím, až když nabyl dostatečnou jistotu v sociální interakci. Byl obvykle společenský, snažil se být kamarádský, ale musel si ve skupině permanentně budovat dominantní postavení, to potom více spolupracoval a snažil se ovládat svoje impulzivní chování. Neměl rád slabší nebo provokativní děti, to k nim potom uměl být celkem kritický a ponižoval je. Ty v něm zřejmě evokovaly slabé postavení ve své rodině. Dospělé autority toleroval dle momentální nálady a jisté sympatie. Byl ale usměrnitelný. Známký citové deprivace se u něj projevovaly ve chvílích, když ho někdo například pochválil, bylo znát, že mu chybí pochvala, ocenění a milý přístup. Dokázal být vtipný, ale nesmělo dojít ke kritice jeho osoby, to se potom uzavřel do sebe a nekomunikoval. Když ho něco trápilo, tak to dokázal skrývat. Měl časté výkyvy nálad, jednou ničil tak agresivně věci na oddělení, že musela být přivolána rychlá záchranná služba. Byl často rád ve společnosti sester, poutal na sebe rád pozornost, usurpoval si je jen pro sebe nebo naopak cíleně porušoval pravidla oddělení, aby na sebe poutal pozornost. Z rozhovoru vyplynulo, že má svým způsobem matku rád, chtěl by ji mít víc pro sebe, snažit se jí víc poslouchat. Je k němu ale moc přísná a dává mu často najevo, že je problémové dítě a může ublížit jeho sourozenci. Z rozhovoru dále vyplynulo, že matka je k němu nezdravě kritická. Otce rád nemá, nezajímá se o něj. Doma se nyní cítí hůře, špatně si zvyká. Cítí nejistotu v rodinném sociálním kontaktu, jako kdyby tam byl navíc a zátěž. Musí se dělit o čas matky se svými sourozenci, na které nejspíš žárlí. Matka mu nedává moc možností se vzájemně uctívat a respektovat. Chlapec ví, že to doma nezvládá, nedůvěřuje si.

Dříve se po škole toulal, od předškolního věku má výbuchy vzteku, je impulzivní. Souvisí to i cukrovkou, se kterou se léčí od 9 let. Toto onemocnění mu ještě více komplikuje jeho niterní svět, je náladový, což ho potom trápí.

Nejraději si staví lego nebo pozoruje ostatní při jejich činnostech. Nemá žádný vyhraněný zájem. Jeho onemocnění ho limituje ve sportech. Připadá si nešikovný, nepraktický.

4.5.3 Kazuistika č. 3

Chlapec P. (12 let) je několik let vedený v ambulantní péči pedopsychiatra pro poruchy chování, ADHD. Na základě doporučení PPP navštěvuje 5. rokem Základní školu speciální. V diagnóze jsou také uvedeny ADHD a lehká mentální retardace. Od té doby, co je zařazený do základní školy speciální je agresivní na spolužáky i na učitele, je opoziční. Dostal třídní důtku za pozdní příchody. Dle matky, uvádí se ve spisu, je hyperaktivní, neposlouchá doma ani ve škole, je drzý, chodí pozdě do školy. Doma se často vzteká, nadává. Bývá agresivní i na zvířata. Matka dále uvádí lhaní a drobné krádeže. Nejvýraznější je toulání, party a chození za školu. Třikrát byl hledaný i Policií České republiky. Objevuje se u něj i autoagrese, bouchání hlavou do zdi. Bývá často hodně výbušný a nervózní. Má slabé chvíle, kdy se snaží a spolupracuje.

V rodinné anamnéze se uvádí, že jeho biologický otec byl alkoholik a agresor. Byl náhodnou známostí matky. Se synem nemá žádný kontakt. Jako rodina spolu nikdy nežili. Matka má nového přítele, s kterým má dceru. Oba sourozenci se navzájem provokují, „kočkují“. S nevlastním otcem prý P. vychází dobře. Matka je vyučená zahradnice, aktuálně je na MD, je zdravá.

Ve volném čase se chlapec rád toulá, chodí za školu. I přestože má možnost navštěvovat keramiku, hasičský kroužek, dá přednost partě a cizím lidem. Dle zprávy jeho třídní učitelky, která je součástí spisu, je výrazným projevem P. toulky městem, zaujmou ho nahodilé situace po cestě domů (počasí, výloha, kolemjdoucí). Při toulání zapomene na čas. Rád sleduje chování dospělých. Ve škole spolužáky rád provokuje, pokud ho něco zaujme, dobře spolupracuje.

U chlapce se jednalo o první pobyt na oddělení dětské psychiatrie. Lékařka uvádí jako důvod hospitalizace hyperkinetickou poruchu chování u pubertálního chlapce s LMR. Z pozorování jeho projevů na oddělení vyšly tyto skutečnosti. P. se na prostředí adaptoval celkem dobře. Zprvu dělal dojem celkem slušného, klidného a vychovaného chlapce. Hodně pozoroval dění na oddělení, chování a jednání dětí, personál. Byl dost všímavý, byl u každé situace, která se na oddělení řešila. Po několika dnech se ale začal výrazně projevoval. Měl tendence se sestře za každou cenu zalíbit a být středem pozornosti. Vynucoval si pozornost někdy až nevybíravým způsobem. Snažil se být milý, ale jakmile

někdo odhalil jeho pravé pocity a zkritizoval ho za chování ve skupině, drobnou provokaci, tak začal být dost agresivní, vulgární, přehnaně opoziční. Dětem i personálu slovně vyhrožoval, citově je vydíral. Manipuloval s dětmi pokaždé, když cítil, že není oblíbený nebo ho vyčleňují z kolektivu. Vyhrožoval jim. Pokud se zapojil do nějaké aktivity, tak mu činnost moc dlouho nevydržela. Vyžadoval časté pochvaly. Jeho chování bylo čistě účelové. Autority občas nerespektoval nejspíš dle vzoru svých vychovatelů. Své emoce zpracovával trochu po vzoru dospělých, to co od nich odkoukal, použil do dané situace, ve které si byl nejistý. Jeho chování v rámci pobytu na oddělení neslo znaky jisté sociální nezralosti a v komunikaci uplatňoval citové vydírání a poutání pozornosti. Byl často vtíravý, bez kritického náhledu. Při kritice jeho osoby okamžitě slovně a fyzicky útočil. Z rozhovoru vyplynulo, že se P. doma poměrně věnují, ale musí mu plnění povinností a úkolů pořád připomínat, dokola opakovat. Trochu provokuje mladší nevlastní sestru. Musí si doma plnit určité povinnosti, někdy ho to ale nebaví. Co se týče jeho chování v sociální zátěži, tak si to řeší toulkami. Neodpovídal na otázku přímo, z rozhovoru vyplynulo, že toulání a parta ho odvádí od povinností, které má problém plnit. Podvědomě ho láká poznávat cizí lidi, pozorovat je v různých situacích. Hodně se identifikuje s dospělou autoritou. Není moc kamarádský, nemá rád agresivní a provokativní děti. Je potom dost háklivý a vzpurný.

Ve volném čase se rád toulá. Líbí se mu po škole pozorovat lidi ve městě a nebo být s kamarádem. Prý navštěvuje hasičský kroužek. Tam se naučil první pomoc. Rád si něco tvoří z papíru. Chce to mít co nejlepší. Umí se pro to nadchnout. Chlapec si uvědomuje, že když mu něco nejde, tak se začne vztekat. Srovnává své výrobky s ostatními dětmi, když se mu něco nedaří, tak je impulzivní a přestane se o to zajímat. Líbí se mu, když ho někdo chválí. Uvědomuje si své nedostatky. Trápilo ho, když byl někdo lepší než on.

4.5.4 Kazuistika č. 4

Dívka A. (11 let) je několik let vedená v ambulantní péči pedopsychiatra pro gradující poruchy chování, ADHD. V anamnéze se uvádí i deprivace. V minulosti byla vyšetřena i v PPP (má horší paměť, horší soustředění). Když se zaměříme na její rané dětství, je důležité zmínit tyto skutečnosti. Od 3 let se v MŠ hůře adaptovala v kolektivu dětí, nemluvila, nechtěla si hrát. Byla divoká, hůře usměrnitelná. Uvažovalo se o základní škole

speciální při Jedličkově ústavu, ale pro nedostatek místa ji nepřijali. Ve škole má asistentku pedagoga, tak se prospěchově drží na průměru, ale často ve třídě vykřikuje, poutá na sebe pozornost. Děti se jí vyhýbají, není moc schopná zařadit se do kolektivu. Mimo PPP dochází A. ambulantně do střediska výchovné péče, ale kvůli úrazu oka nebyla v tomto zařízení na pobytu. Prošla operací oka, chodí na kontroly k očnímu lékaři.

Dívka jeví známky zanedbanosti, citové deprivace. Z anamnestických údajů lze vyčíst, že matka jí zanedbávala, týrala. Od 6 let je dívka svěřena soudně do péče otce. Ve spisu je uvedeno, že během pobytu u matky nedostávala najíst, neposílala ji do školy, zavírala ji v pokoji, naváděla dceru, aby zlobila otce. Ještě nedávno dívka močila na koberec nebo do vázy.

V rodinné anamnéze se uvádí, že matka je vyučená, ale nepracuje, požívá často alkohol. Svou dceru zanedbávala. Její otec je taky vyučený, pracuje na poště, je zdravý. Manželé nikdy nebyli. Rozešli se kvůli nevěře matky. Otec se o A. staral více, nutil matku do práce, ale to potom docházelo mezi nimi ke konfliktům. Dívka má nevlastní sestru z matčiny strany, nesetkávají se. Otec má přítelkyni, žije s A. ve společné domácnosti.

Důvodem k hospitalizaci byly výchovné problémy a komplikovaný vztah s její nevlastní matkou. Dle slov otce, uvedeno ve spisu, jsou velkým problémem soužití s dcerou její velké naschvály. Mstí se na rodičích, když si jí nevšímají, nehrají si s ní. A. má prý nevlastní matku ráda, ale vždy vyvede nějakou pitomost. Paradoxně vždy, když k tomu nemá vážný důvod. Třeba, když měla jít na pobyt do střediska výchovné péče, tak udělala nějaký naschvál. Odměny vůbec nepomáhají. Hodně lže a vzteká se.

Z vyšetření obou rodičů vyplývá, že si na nevlastní matku hůře zvykala. Dříve s ní nekomunikovala. Když se nastěhovali k partnerce otce, tak lezla po čtyřech, schovávala se pod stůl. Je nepořádná, nemá vytvořené hygienické návyky. Nemyje se. Někdy musí být v domácnosti chvíli sama, a to vždy vyvede nějaký problém. Rodiče se snaží, aby nebyla bez dozoru často. Lže, pravdu zastírá. Ve škole kouše děti, říká jim, že je zabije.

Z anamnestických údajů lékaře lze vyčíst mimo poruchy chování nevhodné poutání pozornosti, výraznou deprivací symptomatiku, tendence k opozici a dysforii, poruchu pozornosti, obtížné začlenění do kolektivu. Přesné znění konečné diagnózy je porucha chování a úzkostná symptomatika u raně deprivované slečny vyrůstající v anamnesticky

výchovně insuficientním prostředí. Z pozorování na oddělení. Prvních pár dní probíhala u slečny špatná adaptace na kolektiv. Pozornost dětí poutala tím, že se „muchlala“ s plyšovou hračkou a měla provokativní chování k menším chlapcům. Děti se jí vyhýbaly, svým chováním je nějak provokovala, aniž by to tak chtěla. V kolektivu dospělých osob často lhala a zastírala nějaké problémy v kolektivu. Vždycky si našla výmluvu, jak se ospravedlnit. Poutala pozornost personálu svým drzým a neomaleným přístupem. Byla divoká, musela se často usměrňovat. Režim dodržovala, když byly přes den aktivity, které jí bavily. Chyběla jí pochvala. Když se jí něco podařilo, tak o to víc spolupracovala. Nejvýraznější problémy nastaly paradoxně, když měla být propuštěná z hospitalizace. Chovala se potom tak, že dokázala vyprovokovat svým bizarním chováním i větší chlapce. Jeden z nich jí potom fyzicky napadl. Když si našla v kolektivu personálu důvěrnou osobu, tak si s ní ráda povídala. Většinou mluvila o zvířatech a nevlastní matce, ale nic podstatného. Její chování bylo čistě účelové, vynucovala si pozornost a bylo jí jedno, jestli to je takto správné. Měla suverénní projev. Potřebovala nějak zaplnit čas a nejvíce jí bavila společnost menších chlapců, které ráda otravovala. Z pozorování vyplývají zřetelné emoční poruchy a nejistota v sociálních vztazích. O rodině dívka sama od sebe moc nemluvila. Odpověď nerozvíjela. Při rozhovoru si vzpomněla na nevlastní matku, ale neříkala nic určitého. Když padla zmínka o její biologické matce, tak byla potichu a naznačila nezájem a takovou zvláštní ignoraci. Často odváděla řeč od tématu.

Na otázku směřující k jejímu chování v zátěži, vždy odvedla řeč. Neměla potřebu se zamýšlet nad tím, proč jí z kolektivu vyčleňují, je neoblíbená. Nejspíš jí to nějak trápilo, ale nechala to tak, jak to bylo.

Nejraději si hrála s plyšáky a naznačovala s nimi nějaký druh zvláštní interakce, že byla ostatním pacientům pro smích. Bylo to zaznamenáno i do jejího celkového hodnocení.

4.5.5 Kazuistika č. 5

Dívka P. (11 let) je vedena v ambulanci dětského psychiatra teprve jeden rok. Důvodem hospitalizace byla depresivní porucha chování, citová deprivace. Psycholog u ní z testů diagnostikoval disharmonický vývoj osobnosti. V současné době není sledována v žádné poradně. Intelekt má v normě. Je jinak zdravá. Z prvního vyšetření jsou ve spisu zaznamenány nežádoucí projevy v chování. Nejvýraznější je dominance, manipulativní

a účelové chování k dětem i k dospělým lidem. Poutá pozornost okolí sama pro sebe. Nechce, aby se v její přítomnosti věnovali i ostatním. Bývá impulzivní, agresivní a nevyzpytatelná. Snadno se rozčílí. Nemá problém bouchat hlavou do umyvadla, aby docílila svého. Když není po jejím, je všechno špatně. Tříská věcmi. Má na všechno argument.

Dívka je v péči vychovatelů dětského domova, kde se její chování ještě víc zhoršilo. Je na děti agresivní, nejraději by děti bila. Citově je vydírá, je hůře usměrnitelná. Vyvolává konflikty, je si vědoma surovostí, kterou dětem působí. Věci, které dělat nechce, nedělá.

Z rodinné anamnézy vyplývá, že má dva mladší sourozence. Její matka je nyní na MD, předtím studentka. Otec je vyučený. Oba jsou zdraví. Dívka je z úplné rodiny.

V dětském domově jí to moc nejde. Vyhrožovala tam prý sebevraždou, ale důvodem těchto výhrůžek bylo trestání vychovatelů. Dle anamnestických údajů je dívka sociálně zdatná, komunikativní, má nízký frustrační práh, emoční labilitu, impulzivitu v chování. Dále se v údajích uvádí, že dívka má výraznou deprivanční symptomatiku, tendenci k sebepoškozování v zátěži. V neposlední řadě zvýšené sebeprosazování, senzitivní vztahovačnost v zátěži a afektivní reakce.

Z pozorování P. na oddělení vyplynulo, že i v tomto prostředí a vlivem působení odlišných výchovných autorit jeví známky citové deprivace. Poutala na sebe často a ráda pozornost. Její zapojení do kolektivu bylo zprvu bez výraznějšího projevu v chování, ale délka pobytu, skladba dívek, situace a režim oddělení v ní odkrývaly její patologické chování, ve kterém převládalo výrazné sebeprosazování. Bylo znát kolísavý, ale vcelku kladný respekt k autoritám. Měla potřebu se cítit lidmi uznávaná a respektovaná. Když nebylo po jejím, tak měla tendence s dětmi manipulovat a citově je vydírat. Chtěla se identifikovat se staršími dívkami, měla klamný pocit, že nad nimi má převahu. Před chlapci působila suverénně. Chyběla jí hodně matka. Jednou jí jedna pacientka řekla, že bude stejná jako její matka („kurva“) a P. dostala hysterický záchvat, že se jí nedařilo dlouho uklidnit. Její emoční projevy byly nepřirozené. Byla na svůj věk rozumově hodně vyspělá nebo spíše se uměla připodobnit dospělé osobě. Když o něčem mluvila, tak byla ke všem kritická, jenom ne k sobě. Režim celkem respektovala, jen když jí matka slibovala návštěvu a nepřišla, to ji potom personál musel usměrňovat pro její negativistický postoj a provokace. Z rozhovoru

s dívkou bylo znát, že by si moc přála vrátit se do rodiny, ale její matka jí dávala najevo, že to není možné. Zajímal ji současný stav, o tom, proč je v dětském domově se bavit nechtěla. O matce mluvila jako o neschopném člověku. Kdykoliv jí slíbila, že za ní přijde do nemocnice, většinou svůj slib nedodržela. Když se stočila řeč na její sourozence, tak na ně žárlila, ale nechtěla si to přiznat.

Povídat si s touto dívkou o tom, co ji trápí nebo proč se tak chová, bylo trochu zavádějící. Na vše měla hned připravenou odpověď. Její sociální zralost dosahovala jisté úrovně, tak když na něco odpovídala, vypadalo to, jako kdyby se výzkumník bavil s dospělou osobou. Její povýšené chování souviselo s citovou deprivací. Z rozhovoru vyplynulo, že by byla ráda, kdyby ji kolektiv přijal mezi sebe a měla kamarádky, ale to se jí u starších dívek moc nedařilo.

Zájmy neuváděla, maximálně se zmínila o tabletu, ale vzhledem k režimu oddělení ho neměla k dispozici. Zajímaly jí pubertální postoje a přání starších dívek a ráda se poslouchala, když si s někým povídala.

4.5.6 Kazuistika č. 6

Dívka B. (13 let) je vedena v ambulanci 3 roky pro poruchy chování a emocí a pro sebepoškozování. Z minulých vyšetření v poradně byly zjištěny dyslexie a poruchy aktivity a pozornosti.

V 7. třídě na ZŠ měla zkušenost se šikanou. Jednalo se většinou o slovní šikanu, minimálně došlo k fyzickému napadání, neprokázáno. Přesto se dívka začala sebepoškozovat, řezat se. Přestala chodit do školy (3 týdny), objevily se u ní psychosomatické obtíže. V minulých letech léčena v psychiatrické nemocnici pro poruchy chování a emocí, afekty. Důvodem byly disharmonické vztahy v rodině, narození nevlastního bratra, krize dospívání a již zmíněná šikana. Adaptace v nemocnici nebyla dobrá. Měla problémy s autoritou, konfliktní jednání se zdravotními sestrami. Přestoupila na jinou školu, tam to celkem zvládá, v kolektivu bývá i přátelská, s chlapci je hodně kontaktní.

V rodinné anamnéze se uvádí, že žije s matkou, nevlastním otcem a nevlastním mladším bratrem ve společné domácnosti. Matka je sanitářka, aktuálně na mateřské dovolené, zdravá. Má další tři dospělé děti (každé dítě jiný otec). Bratr matky se léčí ze závislosti na

pervitinu. Svému nevlastnímu otci říká „tati“. Se svým biologickým otcem není od jejího narození v kontaktu. Nestýkají se. Má s jinými ženami dalších šest dětí. Dříve se léčil v PN pro sebepoškozování, pokus o sebevraždu, ze závislosti na automatech. Měl velké dluhy.

Důvodem k hospitalizaci byly u B. smíšené poruchy chování a emocí, pramenící z konfliktního vztahu s matkou, která na ni prý často a někdy i bezdůvodně křičí. B. to řeší s matkou častými hádkami a také na matku v afektu vztáhla ruku, praštila ji, matce lže. Dívka dle osobní anamnézy, hodně žárlí na svého 3letého nevlastního bratra a špatně prožívá dospívání. Má často afektivní, výbušné stavy. S nevlastním otcem si celkem rozumí, ale respektuje ho více ve chvílích, když se nebaví z trucu s matkou. Ve spisu je dále uvedeno, že nesnáší kritiku, pokud se s matkou začne hádat, tak vyhrožuje sebevraždou. Citově matku vydírá, sebepoškozuje se. Situace se zhoršuje. Dívka by se ráda stýkala se staršími chlapci a má tendence se potulovat s kamarádkou mimo domov.

Při příjmu je velmi sdílná, má tendence k opozici, teatrálnosti, dysforii, negativismu. V rámci rodinné zátěže patrné sklony k sebepoškozování, impulzivita, afekty, emoční labilita. Jeví známky disharmonického vývoje, má nízký frustrační práh a v neposlední řadě pohotovost k verbální a brachiální agresi v kontextu výchovné insuficience.

Z pozorování dívky na oddělení vyplynulo, že během adaptace a pobytu na oddělení se snažila po celou dobu udržovat v kolektivu dívek dominantní postavení. Pokud se setkala v rámci hospitalizace se starším chlapcem, byla pohotová se před ním předvádět, „svádět ho“ a urvat si ho jen pro sebe. Pokud jí dospělá autorita naznačovala nevhodné chování v rámci režimových zásad, tak byla v mírném afektu, opoziční a hůře usměrnitelná. Kritiku přijímala dle aktuální situace, nálady. Někdy se snažila spolupracovat a režim dodržovat, někdy měla sklony k provokativnímu projevu a sebelítosti. Ve slabé chvílce si postěžovala na svoji matku. V tomto zařízení pro ni nebylo problémem odlišné sociální prostředí, ale velká snaha sebe prosazovat v kolektivu a být často středem pozornosti. Ostatní dívky jí vyčítaly, odsuzovaly její sociální nezralost, její arogantní a neempatický přístup k ostatním, její sobecké potřeby. K autoritám se chovala většinou bez větších problémů, ale pokud si nebyla jistá svým dominantním postavením, tak měla tendence ironicky ponižovat i dospělou autoritu sestry. Kritiku moc nepřijímala. Měla problém se ovládat, být

sebekritická. Pokud porušila režim a kouřila na oddělení, bránila se hysterickým pláčem, nalhávala ostatním, že za to nemůže.

Při rozhovoru bylo důležité, v jakém citovém rozpoložení se dívka nacházela. Byla víc sdílná, když byla citlivá a sebelítostivá. To se potom sama snažila si popovídat. Trápil ji konfliktní a komplikovaný vztah k matce. Chtěla by v její přítomnosti být více v klidu, ale prý to nejde. Vždycky ji matka něčím naštvě. Myslí si, že jí nerozumí a víc se prý zajímá o jejího malého sourozence. V případě, že je ve svém dominantním postavení, tak účelově stáčí řeč k lepším stránkám své osoby. Není jisté, co je pravda a co lež.

Neúnosnou situaci řeší, dle jejích slov, sebepoškozováním. K tomu se v rozhovoru přiznala. Povídala o přání setkat se s biologickým otcem, musela se na to psychicky připravit. Vzдалa to, když zjistila, že by to pro ni byl další citový otřes a další hádky s matkou.

Vzhledem k tomu, že se jedná o 13letou slečnu, patří mezi její zájmy společnost chlapců a bezcílné aktivity, kouření a parta lidí, kteří si jen tak užívají.

4.5.7 Kazuistika č. 7

Dívka K. (16 let) byla v minulosti vyšetřována kvůli gradujícím psychosomatickým potížím a stavům úzkosti. Měla časté migrény a kolapsové stavy. Má kardiovaskulární potíže. V ambulanci psychiatrického lékaře je dívka vedena, kontrolována pro úzkostné stavy, výkyvy nálad, depresi a pro sebepoškozování na základě psychotických projevů. Ve škole je společenská, dobře se učí, s přestupem na střední školu zemědělskou se její psychika zhoršila pro vyšší náročnost studia.

Z rodinné anamnézy vyplývá, že po rozvodu rodičů žije s matkou a jejími sourozenci. Manželé spolu byli devatenáct let. Rozvedli se pro časté hádky. Poté následovala střídavá péče. Od té doby má K. úzkosti a tendence k suicidálním pokusům, paranoie, citově své rodiče vydírá.

Matka vystudovala dvě střední školy. Nyní pracuje jako terénní pečovatelka. Matka mívala v mládí suicidální tendence, psychosomatické potíže. Po rozvodu a kvůli problematickým vztahům užívala antidepressiva. V rodině matky se transgeneračně vyskytuje impulzivita. Babička slečny spáchala po smrti svého dítěte sebevraždu. V současné době má matka

přítele, který s nimi nežije ve společné domácnosti. Otec K. se dříve léčil s panickou úzkostnou poruchou. Sestra slečny je také úzkostlivá, vyhýbá se sociálnímu kontaktu. Její nevlastní bratr je impulzivní.

Z příjmu na oddělení je ve spisu zaznamenáno, že K. měla rok před hospitalizací výbuchy vzteku, když se k matce nastěhoval její přítel. Nerozuměli si spolu. To se chtěla stěhovat k otci. Potom si zase nerozuměla s přítelkyní otce. Byla v té době přecitlivělá, podrážděná, emočně labilní, k tomu nároky ve škole. Byla vztahovačná, náročná sama na sebe, neměla se ráda. Vadilo jí všechno a všichni. Gradovalo u ní depresivní ladění, sebepoškozovala se. Vyhledávala problémovou mládež, měla velké výkyvy nálad.

Lékařka ve spisu uvádí horší spolupráci při příjmu, aroganci, černobílé ladění světa, útočnost, pokleslou forii, negativismus, dramatický projev, chce šokovat, kritičnost a paranoidní projevy v komunikaci. Dále se v osobní anamnéze dívky uvádí poruchy autoregulace, nízký frustrační práh a disharmonický vývoj osobnosti, v závěru impulzivita a suicidální pokusy, afektivní raptý. Z pozorování dívky na oddělení je patrné, že se hůře adaptuje na nové sociální prostředí. Je k sobě i svému okolí velmi kritická, svou nevoli dává najevo introvertním postojem a negativismem. Seznamuje se s dívkami na oddělení. Pro tak citlivou dívku bylo stěžejní potkat v kolektivu dívky s podobnými problémy. Kolektiv dětí bývá na oddělení většinou významným terapeutickým zásahem. Tím, že se děti navzájem srovnávají, hodnotí a ovlivňují, může mít paradoxně lepší dopad na psychiku. Otázkou je, jak to bude, když se vrátí nazpět do svého domova. To se u dívky celkem potvrdilo. K. byla po pár dnech více společenská, komunikativní. Když necítila úzkost, tak se snažila víc naslouchat, spolupracovat. Vytvořila si v tomto prostředí jakousi formu sociální jistoty, ve které se nad vším zamýšlela, hodnotila, přehrávala si události v rodině a celkové vzájemné vztahy. Byla klidnější, když se mohla vypovídat a někdo z personálu se jí osobně věnoval. Projevy úzkosti nebyly tak výrazné. Režim a autority respektovala. Zapojovala se do aktivit oddělení, měla zdravější sebenáhled, začala si víc věřit. Na oddělení u ní nedocházelo k sebepoškozování, nebyla paranoidní. Z rozhovoru vyplynulo, že dívka rodinu, matku potřebuje. Byla citlivá po rozvodu jejích rodičů a vyčítala jim rozchod. Nemohla si zvyknout, že oba rodiče mají jiné partnery. Matka bývá často unavená z práce a K. byla nucena podílet se na chodu domácnosti více než její matka. Je obětavá, chce pomáhat, ale bylo toho na ni moc. Moc nezvládala nástup do prvního

ročníku střední školy. Studuje na veterinárního asistenta a školu chce dostudovat. Její sourozenci jsou problémoví a K. si za všechny dělá starosti, vztahovala si jejich problémy na sebe. Nemají dostatek financí, tak díky tomu byly další nesváry v rodině. Nerozumí si ani s přítelkyní bratra, která s nimi bydlí v malém bytě.

Její obranným mechanismem bylo sebepoškozování a suicidální proklamace, teď už ví, že to byla blbost. Pobyt na oddělení jí pomáhá uvědomit si spoustu věcí. Má čas přemýšlet. Už ví, že to doma zvládne, víc si věří. Pomáhá jí k tomu vědomí, že některé děti jsou na tom ještě hůř než ona.

Miluje zvířata, péči o ně, proto studuje veterinární obor. Říká, že má radši psy než lidi. Myslí si, že ji škola bude motivovat k lepšímu životu, hezké práci. Práci se zvířaty považuje za stěžejní.

5 Shrnutí zjištěných výsledků

Cílem výzkumu bylo zjistit vliv sociálního znevýhodnění na psychiku dětí, dále jaký vliv má na jejich chování prostředí dětské psychiatrie, kde výzkum probíhal. V tomto výzkumu jsme použili tyto výzkumné otázky:

1. Je přijímání autority významnější u dětí z dysfunkčních rodin nebo u dětí z ústavní péče?

Z výše uvedených kazuistik došel výzkumník k závěru, že lépe autoritu přijímaly děti z ústavní péče. Mohlo to být tím, že jejich stěžejní péči mají na starost vychovatelé dětského domova. Ústavní péče jim zajišťuje určitý řád, harmonogram dne, ve kterém je přijímání autorit nedílnou součástí pobytu. Dále v tom hraje roli jistá forma sociální jistoty a materiálního zajištění. Jistá pravidla a řád ústavní péče dětem nastavují jisté hranice a morální normy a učí je sociálním kompetencím, pravidlům slušného chování. Přestože jejich projevem bylo časté poutání pozornosti, víceméně autoritu respektovaly, byly lépe usměrnitelné. Byly vděčné za uznání a respekt. Jejich ústavní péče jim posílila schopnost adaptovat se na změnu prostředí a za zmínku stojí i potřeba identifikace s dospělou autoritou. Lépe se sžily s režimovým opatřením. Naopak dětem v dysfunkčních rodinách většinou chybí kladné výchovné vzorce, sociální jistota a působení autorit je nedostatečné, konfliktní. Situaci stěžují nedůslednost a malý zájem rodiče o dítě. Děti bývají kritické k autoritě a nemají nastavená pravidla v chování, (viz kazuistiky č. 2, 5).

2. Je poutání pozornosti významnější u dětí z dysfunkční rodiny anebo u dětí z ústavní péče?

Tato otázka směřovala ke zjištění, jak se dítě projevuje v kolektivu, jak se do kolektivu začleňuje a jak si prosazuje své aktuální potřeby. Pokud se dítě cítí oslabeno svou sociální pozicí nebo mu chybí rodina, může se stát, že na sebe začne poutat pozornost. Poutání pozornosti je sice hodně spjaté s citovou deprivací, ale můžeme to zaznamenat i u dětí, které žijí ve svých rodinách, které mohou být neúplné či dysfunkční. Z uvedených kazuistik je patrné, že poutání pozornosti je více patrné u dětí z ústavní péče, v jednom případě se jedná o dívku z dysfunkční rodiny, kde je v rodinné anamnéze zaznamenána citová zanedbanost, týrání dítěte ze strany matky. U všech klientů, kteří poutali pozornost,

byla znát citová deprivace, chybějící zájem ze strany rodiče, nenaplnění jejich citových potřeb, sklony k účelovému chování a slabým autoregulačním mechanismům, jisté formě agrese, afektu. V popředí jejich snah bylo výrazné sebeprosazování a vynucování si aktuálních potřeb bez kritického náhledu, (viz kazuistiky č. 2, 4, 5).

3. Jaké jsou příčiny agresivního projevu dítěte?

Z výzkumu je patrné, že děti s poruchami chování a emocí se často projevují agresivitou, impulzivitou a provokacemi, špatně snášejí kritiku dospělých autorit. Tyto děti nejsou kritické k sobě, ale ke svému okolí. Mívají afekty, jsou více podrážděné. Mají většinou nízký frustrační práh a mají sklony k manipulaci a účelnému sebeprosazování se. V jejich osobních a rodinných anamnézách se vyskytují informace o otci agresorovi, alkoholikovi nebo citová deprivace, frustrace nebo chybějící autorita, nedostatečný respekt rodiče ke svému dítěti. Mírnější formou agrese je impulzivita. V kazuistikách došel výzkumník k závěru, že agrese u dítěte může způsobit i žárlivost na nevlastní sourozence, kterým je věnována větší pozornost. Na oddělení dětské psychiatrie byly tyto děti agresivní a bez zábran, pokud je někdo začal kritizovat za jejich nevhodné chování anebo zda vycítily slabé postavení ve skupině. V afektu jsou hůře usměrnitelné, mají problémy se sebeovládáním, mají nízké sebehodnocení (viz kazuistiky č. 1, 2, 3, 5, 6).

4. Jak může projevy chování dítěte ovlivnit rodina?

Touto otázkou se výzkumník snažil zjistit vztahové vazby dítěte s rodičem. V dysfunkčních rodinách často dochází ke konfliktním situacím, k sociálně-patologickým projevům členů rodiny nebo k rizikovému chování dítěte ve vztahu ke svému sociálnímu prostředí. Výchovná autorita rodiče nemusí být dostatečná pro neúplnost rodiny, nežádoucí roli mohou sehrát i nevlastní rodiče, nevlastní sourozenci, výchovná insuficience. Konfliktní prostředí domova nebo nevhodné trávení volného času může mít dopad na psychiku dítěte. V uvedených kazuistikách se v jednom případě objevilo citové vydírání rodičů po jejich rozvodu. Společným jmenovatelem klientů z uvedených kazuistik byl narušený vztah k matce, jejich vzájemná nedůvěra, malý respekt k nevlastnímu rodiči. V kazuistikách se uvádí sebepoškozování nebo toulání, záškoláctví dětí jako reakce na zátěžovou situaci. Problémy s dospíváním mohlo v tomto případě také negativně ovlivnit vztahové vazby a celkový postoj k rodinné zátěži. Trávení volného času u těchto dětí

nebývá většinou smysluplné a narušuje jejich sociální kontakt, vede k sociálně-patologickým jevům. Narušené vztahy v rodině si kompenzují tím, že chtějí mít v kolektivu dominantní postavení a být dětmi respektovány, vyhledávají problémovou mládež, (viz kazuistiky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

5. Může mít na míru adaptace vliv působení vrstevníků s rizikovým chováním?

V této otázce bylo cílem výzkumníka zjistit, jak má na adaptaci dětí vliv působení vrstevníků s rizikovým chováním. Zkoumaný vzorek tvořily děti školního věku s poruchami chování a emocí. Výzkumník v tomto případě došel k závěru, že děti s poruchami chování a emocí se hůře začleňují do kolektivu. Pokud v kolektivu nemají žádoucí postavení, tak provokují, poutají pozornost nevybíravým způsobem. Ostatní děti v kolektivu jsou pro rizikové děti výzvou ke konfliktním vztahům, kam přenášejí své negativní vzorce chování. Děti, kterým se nepodařilo zapadnout do kolektivu, měly teatrální, hrané projevy. Poutaly rády pozornost dětí opačného pohlaví, usurpovaly si své postavení v kolektivu. Takové děti byly v kolektivu často středem pozornosti a rády působily dojem zkušenějších a suverénních starších dětí, ačkoli byly sociálně nezralé. Při kritice jejich chování byly agresivní nebo impulzivní, neměly dostatečné autoregulační mechanismy, měly nízký sebehled a rády citově vydíraly. U dospělé autority se rády obhajovaly a nepřipouštěly si nějaký problém (viz kazuistiky č. 3, 4, 5, 6).

5.1 Diskuse

Hospitalizace ani ústavní péče nemusí dostatečně a trvale srovnat dětskou psychiku, která je narušená dysfunkční rodinou. Může dítěti poskytnout setkání s takovou výchovnou autoritou, která mu pomůže otevřít oči, vyzdvihnout jeho silné stránky, motivovat ho ke změně v chování. Děti jsou hospitalizovány pro gradující poruchy chování, a to negativně zasahuje do všech jejich oblastí života. Nemusí jim stačit jedno zařízení pro jejich resocializaci a někdy je nutná náhradní rodinná péče, ústavní péče. Hodně záleží na dobré spolupráci rodin. Jsou rodiny, které problém dítěte mohou dost podceňovat nebo se o problém zajímají, když už je pozdě (projevy dítěte jsou patologické, až sebedestruktivní). Naprosto zásadním problémem většiny rodin je narušený vztah dítěte s matkou, nezajištění smysluplného trávení volného času a vliv party. U agresivních projevů dětí v tom hrají roli genetická zátěž a absence výchovné autority (otce). Velkým problémem jsou narušené

sourozenecké vztahy a užívání alkoholu a drog. Neúplné rodiny jsou v této problematice ve velké nevýhodě, protože rodič musí zastávat roli obou rodičů nebo soužití a vztahy komplikují nevlastní vychovatel, cizí autorita, kterou dítě nemusí přijmout. Většina dospívajících dívek na matku, která si hledá partnera, žárlí. Krize dospívání může vyvolat zátěžovou reakci. Ve školách je běžná šikana. Agresor většinou vycítí slabost druhého, a to je problém v rodinách, kde se řeší hádky křikem a hysterií. Sociální zralost je zase důležitá pro utváření si sebevědomí a zdravého náhledu na situaci, pro lepší sociální adaptaci, interakci. Důležitá je interakce dítěte s prostředím. Prostředí ho ovlivňuje a nutí měnit sebe sama. Je to hlavně o vůli a přáních sebe sama motivovat ke změně. Najít si vhodnou důvěrnou autoritu, která mu bude naslouchat, pochopí ho, ukáže mu ty pozitivní stránky věci. Naučí dítě dívat se na sebe očima toho druhého nebo v něm vyvolat zájem o věci, v nichž by se cítil dobře. Profesor Matějček (2011, s. 277–279) ve své knize uvádí, že mezi základní psychické potřeby člověka patří aktivní styk s prostředím, jeho aktivita je zaměřena k světu a k věcem v něm. Věci si různě užívá, přetváří, něco očekává. Jen v této aktivitě věci dostávají smysl. Děti by měly mít sny a přání, zájem se něco učit, mít někoho rádi. Proto úkolem každého vychovatele je vzbudit v dítěti kladný citový stav na základě podnětnosti, rozmanitosti a vřelého přístupu.

6 Doporučení pro další rozvoj praxe

Dětské psychiatrické oddělení je součástí krajské nemocnice. Probíhají zde stabilizační a diagnostické pobyty. Nelze říct, že by bylo toto zařízení srovnatelné se středisky výchovné péče nebo diagnostickými ústavy. Je zde i méně personálu. Ten převážně tvoří zdravotnický a školský personál. Chybí zde mužská autorita hlavně pro chlapce, kteří doma vyrůstají pouze s matkou. Výzkumník doporučuje větší zapojení mužského personálu do procesu.

Z praxe je evidentní, že dětem se líbí aktivity dobrovolníků, herních terapeutů, kteří do nemocnice dochází v rámci svého volného času. Dětem se líbí přednášky, besedy a různá setkávání s odborníky, kteří se věnují problémové mládeži. Některé děti se potřebují identifikovat s dospělou osobou, hledají v ní odpovědi na svůj komplikovaný svět. Bylo by tedy vhodné tyto osoby zapojovat do průběhu léčebného procesu co nejvíce.

Tím se ale dotýkáme dalšího výrazného problému, a to s nedostatkem financí. Navýšení rozpočtu by pomohlo rozšířit řady personálu a umožnit obohacení programu pro klienty.

Největším úskalím je minimální setkávání, komunikace personálu s rodiči hospitalizovaných dětí. Lékař bývá s rodiči více v kontaktu, ale pro ostatní personál jsou důležité informace z rodiny zprostředkovány ústně od lékaře nebo z dokumentace, a to je většinou neefektivní. Řešením by byla tvorba rodinných terapií se všemi účastníky – klienty, personálem, i rodinou.

Závěr

Pod pojem sociální znevýhodnění můžeme zahrnout jakoukoli narušenou socializaci dítěte. Může to začít konfliktními situacemi v rodině, špatnou rodinnou adaptací a dle míry tohoto znevýhodnění to později může vést k narušené sociální interakci a zafixování si špatných sociálních pravidel a k problematickému sociálnímu začlenění. To může mít určitý dopad na psychiku dítěte a tím se dostáváme k závěru tohoto složitého sociálního fenoménu. Cílem výzkumníka v této práci bylo potvrdit či vyvrátit, jestli má sociální znevýhodnění vliv na psychiku dítěte a jestli má hospitalizace na dětské psychiatrii vliv na jejich autoregulační mechanismy, projevy chování a sebehodnocení.

V této práci se výzkumníkovi potvrdilo, že děti z dysfunkčních rodin většinou nemají nastavena pravidla chování. Jejich aktuální projev, respekt k autoritám souvisí s aktuální rodinnou zátěží a dítě si vytváří obranné mechanismy, které se nemusí slučovat s pravidly na oddělení. Jiné budou citové projevy k autoritě u deprivovaného dítěte a jiné u dítěte, kterému rodina předhazuje špatný výchovný vzor. Důležité je, jakou míru ve výchově hrají důslednost a morální kodex dítěte a jeho sociální zkušenost. Děti z ústavní péče si lépe zvnitřňují sociální návyky a fungování ve společnosti, socializují se. Typické je pro ně poutání pozornosti a vynucování si základních citových potřeb.

Společnými charakteristickými rysy všech klientů z případových studií jsou poruchy chování, narušené sociální vztahy, špatná autoregulace, nízký frustrační práh a určitý despekt k autoritám, ať už v rodině nebo ve škole. V jejich chování dominují účelové poutání pozornosti a sklony k agresivnímu jednání, úniku ze zátěžové situace. Všechny zkoumané děti pochází z dysfunkčních rodin. Pokud se na výzkumnou skupinu zaměříme podrobněji, tak v případě kazuistiky č. 7 nejde v pravém smyslu o poruchy chování, ale o citové vydírání, které způsobil rozvod rodičů a úzkostlivé stavy, které jsou geneticky podmíněné. Z kazuistik vyplynulo, že děti a mládež z dysfunkčních rodin nemají nastaveny správné výchovné vzorce. Mají narušené vztahové vazby k rodiči a nedostatečnou nebo chybějící výchovnou autoritu. V rodinách často chybí důslednost ve výchově a určitá pravidla a řád, sociální jistota. V těchto rodinách často dochází ke konfliktům a hádkám. To vše může způsobit poruchy v chování, problematické začleňování dětí do kolektivu, účelové poutání pozornosti, disharmonický vývoj osobnosti a despekt k autoritám, v

některých případech agrese, záškoláctví apod. Takové dítě si potřebuje zafixovat správné vzorce v chování, vytvořit si správné sociální návyky a mít určitou disciplínu, získat jistotu v sociálních vztazích, kritický sebenáhled. To je potom cílem v ústavní péči, která nastavuje dětem ze sociálně nejistého a zátěžového prostředí určité stabilní vzorce v chování a správné sociální návyky, materiální zajištění a perspektivu budoucnosti. V neposlední řadě je vychovatelé učí respektovat autority, přijímat společenská pravidla.

Dalším zjištěním bylo, jakou roli v projevu dítěte zaujímá agrese, sebeprosazování. Výzkumníkovi se potvrdilo, že agrese je častým projevem dětí, kterým něco ve výchově chybí nebo pokud si nejsou jisté vztahovou vazbou k rodiči. U frustrovaného, deprivovaného dítěte je to vynucování pozornosti a volání o pomoc, že si není jisté láskou rodiče nebo naopak účelové dosažení pozornosti v rodině, která dítě nerespektuje, ignoruje, nezajistí mu výchovné hranice a neuspokojí dítěti základní biologické potřeby. Pokud se agrese vyskytuje i v rodinné anamnéze, u rodiče, má to dvojnásobný efekt a je zapotřebí intervenční zásah odborníka a dle diagnózy i nastavení medikace.

Úplně nejzásadnějším výzkumným šetřením byla otázka na vztah dítěte k rodiči, rodinné klima. V tomto případě se potvrdilo, že patologický vztah k matce nebo chybějící, nevlastní autorita v rodině mohou v dítěti vyvolávat socio-patologické chování. Útěky, toulky, záškoláctví, agrese, nenávisť, nízké sebehodocení, negativní sebeprosazování v kolektivu, depresi apod.. Výchovná nedostatečnost sice v důsledku nemusí dítěti způsobit takové psychické problémy, ale sociální postavení dítěte v rodině, které není milováno, respektováno nebo je pro rodiče přítěží, nejvíce naruší jeho sociální kontakt a začleňování do kolektivu, odkryje jeho negativní povahové rysy. Dítě bude kritické ke svému okolí, nedůvěřivé, negativistické, emočně labilní až emočně ploché. Bude si prosazovat své zájmy bez citu a kritického sebenáhledu nebo bude své okolí citově vydírat.

Výzkumným zjištěním bylo potvrzené, že problémové děti jsou často vyčleňovány z kolektivu nebo neumí dodržovat režimová opatření, své okolí často provokují a dožadují se vedoucího postavení apod..

Výběr tohoto výzkumného tématu bylo pro autora citlivou záležitostí. Problematika sociálně znevýhodněných dětí prakticky zasahuje do všech sfér života a ovlivní soužití mnoha rodin. Nesplněná očekávání rodičů a dětí jsou velkou psychickou zátěží. Sociální

prostředí je většinou plné rizik, rušivých podnětů a lidské snažení se potom jeví jako bezúčelné a marné. Důležité jsou mezilidské vztahy. Škola by měla být po rodině dalším socializačním činitelem, kde by se dítě mělo cítit dobře a bezpečně. Pokud si dítě není jisté ani mezi vrstevníky, v zájmovém kroužku, bude se hlouběji propadat do svých negativních pocitů. Opravdovost citů a přirozená autorita nesmí nikdy chybět v různých výchovných zařízeních a potřeba být milován rodinou se nesmí nikdy stát vzdáleným přáním člověka.

Seznam použitých informačních zdrojů

Seznam literatury

BECHYŇOVÁ, Věra, KONVIČKOVÁ, Marta, 2008. Sanace rodiny. Sociální práce s dysfunkčními rodinami. 1. vyd. Praha: Portál, 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5.

BENDL, Stanislav, 2011. Kázeňské problémy ve škole. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Triton, 260 s. ISBN 978-80-7387-436-0.

DIVOKÁ, Jana, 2017. Jak podpořit dítě s problémovým chováním ve škole. Praha: Pasparta, 135 s. ISBN 978-80-88163-72-5.

DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRYCH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk a kol., 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 245 s. ISBN 80-7169-192-5.

GJURIČOVÁ, Šárka a kol., 2000. Podoby násilí v rodině. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, 101 s. ISBN 80-7021-416-3.

HELUS, Zdeněk, 2015. Sociální psychologie pro pedagogy. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4674-6.

HENDL, Jan, 2005. Kvalitativní výzkum (Základní teorie a metody). Praha: Portál ISBN 80-7367-040-2

HORT Vladimír a kol., 2008. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

JEDLIČKA, Richard a kol., 2004. Děti a mládež v obtížných životních situacích. Praha: Nakladatelství Themis, 478 s. ISBN 80-7312-038-0.

JEDLIČKA, Richard, KOŤA Jaroslav, SLAVÍK. Jan, 2018. Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-271-0586-1.

KYRIACOU, Chris, 2005. Řešení výchovných problémů ve škole. Praha: Portál, 151 s. ISBN 80-7178-945-3.

LEVINE, Peter A. a kol., 2014. Prevence traumatu u dětí: průvodce k obnovení důvěry, vitality a odolnosti. Praha: Maitrea, 275 s. ISBN 978-80-87249-61-1.

MATĚJČEK, Zdeněk, LANGMEIER, Josef, 2011. Psychická deprivace v dětství. Praha: Karolinum, 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2017. Rodiče a děti. 3. vyd., Praha: Vyšehrad, 353 s. ISBN 978-80-7429-797-7.

MATĚJČEK, Zdeněk, Dytrych, Zdeněk, 2002. Krizové situace v rodině očima dítěte. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 80-247-0332-7.

MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ, Andrea, 2003. Mládež a delikvence: [možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže]. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 340 s. ISBN 80-7178-771-X.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2010. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče. Praha: Portál, 183 s. ISBN 978-80-7367-739-8.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada ISBN 80-247-1362-9

MOUSSOVÁ, Z. Hadj. a kol., 2004. Intervence. Pedagogicko-psychologické poradenství III. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 249 s. ISBN 80-7290-146-X

NĚMEC, Zbyněk, 2019. Systematická podpora sociálně znevýhodněných žáků ve vzdělávání. Vydání první. Praha: Nová škola, o. p. S ISBN 978-80-905807-9-4

PIPEKOVÁ, Jarmila, 2010. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

SLOWÍK, Josef, 2007. Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha: Karolinum, 430 s. ISBN 80-246-1074-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VANÍČKOVÁ, E. a kol., 1995. Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha: 3. lékařská fakulta Univerzita Karlova. ISBN 80-7184-008-4

Legislativa

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů

Internetové zdroje

Katalog podpůrných opatření. Katalogpo.upol.cz [online]. Olomouc: Univerzita, 2015 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/socialni-znevychodneni/2-projevy-socialniho-znevychodneni-a-jeho-dopady-do-vzdelavani/>

Člověk v tísní: Mají na to! - Jak podpořit sociálně znevýhodněné děti na ZŠ [online]. Praha: 2013. [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: http://www.majinato.cz/majinato_web.pdf

Zákony pro lidi: Zákon č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník [online]. 2014 [cit. 2020-06-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89?text=%C2%A7971>